|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **喀痰吸引等業務（特定行為業務）の提供に係る同意書**　下記の内容について十分な説明を受け内容を理解したので、喀痰吸引等業務（特定行為業務）の実施に同意いたします。①「介護職員等による喀痰吸引等実施のための研修」の、実地研修において医師の指　　示により、指導看護師の指導の下、当法人で下記の特定行為を実施すること。②「介護職員等による喀痰吸引等実施のための研修」を修了した当法人の介護職員が、医師の指示により、看護職との連携の下、下記の特定行為を実施すること。③同意書は２部作成し、各１部保管する④当同意書を登録研修機関へ提出を行う事、並びに本件に関わる個人情報を提供する事。

|  |  |
| --- | --- |
| 喀痰吸引等（特定行為）の種別 | □　口腔内の喀痰吸引□　鼻腔内の喀痰吸引□　気管カニューレ内部の喀痰吸引□　胃ろうによる経管栄養□　腸ろうによる経管栄養□　経鼻経管栄養 |

同意日 令和　　年　　月　　日 　　　住 　　所 　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 　　　氏 　　名 　　　　　　　　　　　　印署名代行者　　私は、本人の意思を確認し署名代行いたしました｡ 　　　　　　代行者住所　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　代行者氏名　 　 　　　　　　　　　印本人との関係　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　事業所名　　　　　　　　　　事業所住所　　　　　　　　　　代表者名　　　　　　　　　　　　　 　　　印 |