（日本慢性期医療協会　参考様式）

日本慢性期医療協会「介護職員等によるたんの吸引等の実施の研修」
実地研修に係る同意書

下記の喀痰吸引等の特定行為について十分な説明を受け、当該施設の実施体制を理解したので、日本慢性期医療協会が主催する「介護職員等によるたんの吸引等の実施のための研修」（喀痰吸引等研修）における介護職員等の実施研修について同意いたします。

１．喀痰吸引等（特定行為）の種別（該当する行為に☑）

☐ 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

☐ 胃ろう又は腸ろうによる経管栄養　☐ 経鼻経管栄養

２．実施体制

①事業所名称＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

②事業所責任者氏名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

③事業所担当者氏名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

※喀痰吸引等の行為を行う介護職員等の氏名

④担当医師氏名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

※指示書を出す医師の氏名

⑤担当看護職員氏名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

※指導看護師等氏名

同意日　平成　　年　　月　　日

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。

代行者氏名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿印　　本人との関係＿＿＿＿

事業所名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

代表者氏名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿印　　役職＿＿＿＿＿＿