**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地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