

(様式1)

介護職員等たん吸引等実施研修「第三号研修・特定の者対象」

の实地研修に係る同意書

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、介護職員等たん吸引等実施研修（第三号研修・特定の者対象）の实地研修に同意いたします。

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
实地研修実施予定期間	年 月 日 ～ 年 月 日
研修受講者氏名	
受講者所属事業所	
所属事業所責任者氏名	
实地研修指導者氏名	
担当医師氏名	

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

研修受講者所属事業所名
研修受講者所属事業所住所
代表者名 印