

(別添様式1)

### 喀痰吸引等の提供に係る同意書

喀痰吸引等の実地研修を修了し登録を行った介護福祉士または認定特定行為業務従事者が、実地研修を修了した行為もしくは認定を受けた行為について下記の内容のとおり、医師、看護職員の指示の下、実施することに同意いたします。

提供を受ける期間	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
提供を受ける頻度	年 月 日 ~ 年 月 日
提供を受ける事業所	事業所名称
	事業所責任者氏名
	事業所担当者氏名
	担当看護職員氏名
	担当医師氏名

平成 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