

(介護職員等によるたんの吸引等の研修事業実地研修用)

年 月 日

同 意 書

施設・事業所名_____

施設・事業所の長_____様

私は、貴施設・事業所において実施する介護職員等によるたんの吸引等の実施のための実地研修に関する説明を受け、介護職員等が以下の行為を実施することについて同意いたします。

- 口腔内のたんの吸引
- 鼻腔内のたんの吸引
- 気管カニューレ内のたんの吸引
- 胃ろう又は腸ろうによる経管栄養
- 経鼻経管栄養

氏 名_____印

代理人・代筆者氏名_____印

(本人との続柄： _____)