

(参考様式3)

喀痰吸引等業務（特定行為業務）の提供に係る同意書

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、喀痰吸引等業務（特定行為業務）の実施に同意いたします。

| | | |
|--------------------|--|--|
| 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 | |
| 提供を受ける期間 | 年 月 日 ～ 年 月 日 | |
| 提供を受ける頻度 | | |
| 提 供 体 制 | 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 | |

同意日 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

