鹿児島県喀痰吸引等研修事業第三号研修（特定の者対象）

研修実施同意書

　　　　　年　　　月　　　日

１　研修受講者

|  |  |
| --- | --- |
| 事業所名等 |  |
| 氏名 |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |

※原則１行に１名記載。複数名の場合は行を増やすなどして連名で記載可

２　たんの吸引等を受ける者

|  |  |
| --- | --- |
| 本人氏名 |  |
| 代理人・代筆者 |  |
| （本人との関係） |  |
| 住所 |  |
| 研修実施住所 |  |

わたしは，あなた（あなたがた）が，以下に示す特定の行為の実地研修を行うことに同意します。

|  |  |
| --- | --- |
| １－１　たんの吸引（口腔内）  ２－１　たんの吸引（鼻腔内）  ３－１　たんの吸引（気管カニューレ内部）  ４　経管栄養（胃ろう又は腸ろう）滴下  ５　経管栄養（胃ろう）半固形  ６　経管栄養（経鼻経管栄養） | １－２　非侵襲的人工呼吸器装着  ２－２　非侵襲的人工呼吸器装着  ３－２　人工呼吸器装着 |

※　あてはまるもの全てに○をつけてください。

※　たんの吸引等を受ける者の本人氏名又は代理人・代筆者の欄には，本人又は代理人・代筆者が自筆で署名又は押印を行ってください。