

(参考様式2)

実地研修実施に係る同意書

平成 年 月 日

(施設・事業所名)

(施設長等名) 様

(実地研修協力者)

氏名： 印

私は、貴施設（または事業所）において喀痰吸引等研修の実地研修に協力することに同意します。

なお、先に説明があった介護福祉士による下記の行為（チェック有）の実施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
- ☐ 気管カニューレ内部のたんの吸引
- ☐ 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

(代理人・代筆者氏名)

印（本人との続柄： ）

※対象となる方が署名若しくは記名押印を行うことが困難な場合には、家族等の代理人・代筆者が記入し、当該代理人・代筆者も署名又は記名押印を行ってください。

※この同意書は施設（又は介護事業所）側で保管しますが、この同意書に署名又は記名押印した者も同意書の写しを保管してください。