

(様式5)

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、医師、看護職員の指示の下、下記の内容のとおり実施することに同意いたします。

実施する行為以外は削除してください。

実地研修受講者が、医師、看護職員の指示の下、

喀痰吸引等（特定行為） の種別	<input type="checkbox"/> 口腔内の喀痰吸引 <input type="checkbox"/> 鼻腔内の喀痰吸引 <input type="checkbox"/> 気管カニューレ内部の喀痰吸引 <input type="checkbox"/> 胃ろうによる経管栄養 <input type="checkbox"/> 腸ろうによる経管栄養
提供を受ける期間	年 月 日
提供を受ける頻度	
提 供 体 制	事業所名称 特別養護老人ホーム福岡県庁
	事業所責任者氏名 福岡 太郎
	事業所担当者氏名 福岡 太郎
	担当看護職員氏名
	担当医師氏名

事業所名等、事前に記載できる内容は記載してください。

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

※押印が難しい場合は、署名の上押印欄にサインをお願いいたします。