

# 介護職員等によるたんの吸引等の実施のための研修事業

## 実地研修の実施に係る同意書

年 月 日

事業所名 \_\_\_\_\_

管理者 \_\_\_\_\_ 様

(実地研修の対象となる利用者)

氏 名 \_\_\_\_\_ ㊟

(利用者本人が署名できない場合)

代理人氏名 \_\_\_\_\_ ㊟

(利用者との関係： \_\_\_\_\_ )

私は、居宅に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研修事業（実地研修）において、介護職員 \_\_\_\_\_ による下記のケア（チェック有）の実施について、協力することに同意します。

- 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
- 胃ろう又は腸ろうによる経管栄養
- 経鼻経管栄養

※ この同意書は事業者側で保管します。

※ 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は、家族等の代理人が記入し、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。