

(利用者記入)

介護職員等によるたんの吸引等実施のための第 3 号研修

実地研修受講に伴う「同意書」

私 _____ は、「介護職員等によるたんの吸引等実施のための第 3 号研修」の実地研修として、下記のとおり、受講生が指導看護師の指導のもとに、私に必要な医療行為の実習を行うことを承諾します。

記

実習する医療行為 ※該当行為に○をする	() 口腔内のたんの吸引 () 鼻腔内のたん吸引 () 気管カニューレのたん吸引 () 胃ろうによる経管栄養 () 腸ろうによる経管栄養 () 経鼻による経管栄養
事業所名称	
事業所責任者氏名	
受講生氏名	
指導看護師氏名	

平成 年 月 日

(本人)

住 所

氏 名印

私（署名代行者）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

- 利用者、受講者、日本 ALS 協会広島県支部は、ともに各 1 通を保管する。
- 受講者は 2 枚複写し、1 通を自分で保管し、1 通は日本 ALS 協会広島県支部に郵送し、原本は利用者に渡す。