

喀痰吸引等業務（特定行為業務）の提供に係る同意書

下記の内容について十分な説明を受け内容を理解したので、喀痰吸引等業務（特定行為業務）の実施に同意いたします。

喀痰吸引等（特定行為） の種別 承諾特定行為業務に <input checked="" type="checkbox"/> を確認、記入	<input type="checkbox"/> 1. 口腔内の喀痰吸引 <input type="checkbox"/> 2. 鼻腔内の喀痰吸引 <input type="checkbox"/> 3. 気管カニューレ内部の喀痰吸引 <input type="checkbox"/> 4. 胃ろう・腸ろうによる経管栄養（滴下型） <input type="checkbox"/> 5. 胃ろう・腸ろうによる経管栄養（半固形の栄養剤） <input type="checkbox"/> 6. 経鼻経管栄養
提供を受ける期間	令和 年 月 日 ～令和 年 月 日
提供を受ける頻度	
提 供 体 制	事業所名称
	事業所責任者氏名
	事業所担当者氏名
	指導看護師氏名
	担当医師氏名

同意日 令和 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

事業所住所

事業所名

代表者名

印