|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **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（必要な行為に☑をつけてください） | [ ] 　口腔内の喀痰吸引[ ] 　鼻腔内の喀痰吸引[ ] 　気管カニューレ内部の喀痰吸引[ ] 　胃ろうによる経管栄養　　（　[ ] 　滴下　　[ ] 　半固形　）[ ] 　腸ろうによる経管栄養　　（　[ ] 　滴下　　[ ] 　半固形　）[ ] 　経鼻経管栄養 |
| 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 |  |
| 担当医師氏名 |  |
| 担当看護職員氏名 |  |

同意日 　　　　　　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　　　　　　　 　　　　　　　　　　　 |

8