|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **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