（参考様式２）

実地研修実施に係る同意書

令和　　年　　月　　日

（施設・事業所名）

（施設長等名）　　　　　　　　　　　　　様

（実地研修協力者）

氏名：

私は、貴施設（または事業所）において喀痰吸引等研修の実地研修に協力することに同意します。

なお、先に説明があった介護福祉士による下記の行為（チェック有）の実施について同意いたします。

□　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

□　胃ろうによる経管栄養

□　腸ろうによる経管栄養

□　経鼻経管栄養

（代理人・代筆者氏名）　　　　　　　　　　　　　（本人との続柄：　　　）

※対象となる方が署名若しくは記名を行うことが困難な場合には、家族等の代理人・代筆者が記入し、当該代理人・代筆者も署名又は記名を行ってください。

※この同意書は施設（又は介護事業所）側で保管しますが、この同意書に署名

又は記名した者も同意書の写しを保管してください。