

様式 2-1

第 1・2 号研修 同意書

平成 年 月 日

(施設長または事業所所長)

氏名 \_\_\_\_\_ 様

住所 \_\_\_\_\_

(対象となる利用者)

氏名 \_\_\_\_\_ 印

私は、貴施設（または事業所）において介護職員によるたん吸引などの事業に協力することを同意します。なお、先に説明があった介護職員による医療的ケアについて実施を同意いたします。（下記にチェックを入れてください）

- 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
- 胃ろうまたは腸ろうによる経管栄養
- 経鼻経管栄養
- 人工呼吸器装着者の吸引（侵襲的・非侵襲的）

代理人・代筆者氏名 \_\_\_\_\_ 印 （続柄： \_\_\_\_\_）

注意事項①

対象となる方が署名もしくは記名押印を行うことが困難な場合は、家族などの代理人・代筆者が記入し、当該代理人・代筆者も署名又は記名押印を行ってください。

注意事項②

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押印したのもそれぞれの同意書の写しを保管すること。