

# 同意書

令和 年 月 日

(施設名) \_\_\_\_\_

(施設長名) \_\_\_\_\_ 様

(研修事業の対象となる利用者)

氏名： \_\_\_\_\_ 印

私は、貴施設において一定の条件の下、介護職員等によるたんの吸引等の研修事業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職員による下記のケア（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

代理人氏名： \_\_\_\_\_ 印(本人との続柄： \_\_\_\_\_ )

※ 対象となる方が署名若しくは記名押印を行うことが困難な場合には、家族等の代理人が記入し、代理人指名欄に当該代理人の氏名を署名又は記名押印を行ってください。

※ この同意書は、施設側で保管しますが、この同意書に署名又は記名押印した者もそれぞれ同意書の写しを保管しておくことが望まれます。