（別紙様式３）

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **喀痰吸引等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 | 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※人工呼吸器装着者胃ろう又は腸ろうによる経管栄養「滴下」「半固形」「滴下・半固形」経鼻経管栄養 |
| 提供を受ける期間 | 　　年　月　日　～　年　月　日 |
| 提供を受ける頻度 |  |
| 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 |  |
| 担当看護職員氏名 |  |
| 担当医師氏名 |  |

同意日 令和　　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 |