

実地研修同意書

令和 年 月 日

特定非営利活動法人ひまわり事業団 理事長 小久江 寛 様

住所：静岡市駿河区曲金 5 丁目 4-58

(利用者名)

氏名： _____ 印

代理人・代筆者氏名： _____ 印（本人との続柄： _____）

私は、NPO法人ひまわり事業団が主催する「介護職員のたんの吸引等研修」の実地研修に協力することに同意いたします。

なお、私が同意する実地研修の内容については、以下のとおりです。

■実地研修受講生名： _____

■所属事業所名： _____

■指導看護師名： _____

■実地研修の内容：以下のとおり（対象となる行為にチェックを入れて下さい）

- ☐ 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
- ☐ 胃ろう又は腸ろうによる経管栄養
- ☐ 経鼻経管栄養

※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・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。

※この同意書は主催者側で保管しますが、利用者および受講生の所属する事業所においても写しを保管することが望まれます。