別紙１（同意書）

令和　　年　　月　　日

喀痰吸引等の実地研修（第三号研修）　同意書

１．研修を受講する介護職員等の氏名：　　様

介護職員等の所属施設・事業所名：

２．実地研修を指導する看護師等の氏名：　　様

指導看護師等の所属施設・事業所名：

私は、貴施設・事業所職員が受講・実地研修指導をする滋賀県喀痰吸引等第三号研修事業に協力すること及び以下のケア（該当項目の□に✓をチェックすること）の実施について同意します。

□　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　（人工呼吸器装着：　あり　・なし　）
□　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

（たんの吸引・経管栄養をされる者）

氏名：　　（　　歳）　　印

住所：（〒　　―　　）

代理人・代筆者：　　印

（本人との続柄・関係）：

※喀痰吸引・経管栄養をされるものが未成年である場合、または署名も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、署名もしくは記名押印を行ってください。

※この同意書は、たんの吸引・経管栄養を行う介護職員等が所属する施設・事業所で保管し、基本研修前に、以下の3カ所に同意書の写しを提出することとします。

○　たんの吸引・経管栄養をされる者
○　指導看護師等が所属する施設・事業所
○　滋賀県重症心身障害児者・医療的ケア児等支援センターこあゆ