（実地研修・様式４）

令和６年度和歌山県喀痰吸引等研修（第一号・第二号）
実地研修説明兼協力同意書

（利用者・家族名）　　様

（施　設・事業所　名）

（施設長・事業所長名）　　印

当施設（事業所）では、下記の介護職員が、令和６年度和歌山県喀痰吸引等研修を受講しています。

この研修では、基本研修（50 時間の講義+演習）終了後、自施設（事業所）において、医師並びに指導看護師の指導の下、介護職員が利用者様に対する医行為の一部を実施することになります。（以下「実地研修」という。）

実地研修の実施にあたっては、医師･看護職員と連携し、利用者様の安全･安心の確保に向け最善を尽くしてまいりますので、施設（事業所）において、実地研修の対象となることに同意していただきますようよろしくお願いします。

記

研修受講介護職員名：

同　　意　　書

私は、上記の者が、和歌山県喀痰吸引等研修受講者であることの説明を受け、実地研修における下記の行為の対象となることに同意いたします。

- ☐　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

令和　　年　　月　　日

住　所

氏名（本人）　　㊞

（家族）　　㊞

※本人が意思表示出来ない場合は家族欄記入