

喀痰吸引等業務（特定行為業務）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	1	口腔内の喀痰吸引	4	胃ろう又は腸ろうによる経管栄養
	2	鼻腔内の喀痰吸引	5	経鼻経管栄養
	3	気管カニューレ内部の 喀痰吸引		
提供を受ける期間	当事業所との契約が終了するまで			
提供を受ける頻度	毎日			
提 供 体 制	事業所名称			
	事業所責任者氏名			
	提供を行う介護者 氏名（連名可）			
	担当看護職員氏名			
	担当医師氏名			

同意日 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