

受講にあたっての同意書

研修機関長 様

受講希望者	所属事業所			
	1		6	
	2		7	
	3		8	
	4		9	
	5		10	

<利用者>

私は、上記の受講希望者が、令和5年度（2023年度）熊本県喀痰吸引等研修 第三号研修を受講するにあたって、現場演習・実地研修の対象となることに同意します。
 なお、同意する特定の行為は次のとおりです。（該当するものに✓してください。）

- 口腔内のたん吸引 鼻腔内のたん吸引 気管カニューレ内部のたん吸引
 胃ろう（腸ろう）からの経管栄養 経鼻経管栄養

_____年 _____月 _____日

住 所

署 名 (本人)

(家族)

印

印 (本人との続柄: _____)

※必ず、署名(直筆)・捺印が必要。

※本人が意思表示できない場合は、「家族」欄も記入。

<主治医>

私は、上記の受講希望者が、令和5年度（2023年度）熊本県喀痰吸引等研修 第三号研修を受講するにあたって、利用者となる受け持ち患者が現場演習・実地研修の対象となることに同意します。
 なお、実地研修の実施にあたり次の特定の行為について医師の指示書を発行します。（該当するものに✓してください。）

- 口腔内のたん吸引 鼻腔内のたん吸引 気管カニューレ内部のたん吸引
 胃ろう（腸ろう）からの経管栄養 経鼻経管栄養

_____年 _____月 _____日

医療機関

住 所

名 称

医師署名

印

※必ず、署名(直筆)・捺印が必要。

<看護師の所属長及び看護師>

私は、上記の受講希望者が、令和5年度（2023年度）熊本県喀痰吸引等研修 第三号研修を受講するにあたって、当施設・事業所等の看護師が実地研修の指導看護師となることに同意します。

_____年 _____月 _____日

施設・事業所

住 所

名 称

代表者氏名

印

看護師署名

印

※必ず、署名(直筆)・捺印が必要。