

様式②

平成 年度 大阪府 介護職員等によるたんの吸引等の実施のための研修（特定の者対象）

研 修 実 施 同 意 書

平成 年 月 日

（研修受講者）

事業所名等 _____

氏 名 _____

（複数名であれば連名で）

氏 名 _____

氏 名 _____

（たんの吸引等を受ける者）

本 人 _____ 印

代理人・代筆者 _____ 印

（本人との関係： _____）

わたしは、あなた（あなたがた）が、特定の行為（ 特定行為の内容を記載 ）
の現地研修を行うことに同意します。

※ たんの吸引等を受ける者が未成年である場合又は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入押印を行ってください。