参考様式2

実地研修に係る承認書

　下記の特定の者（利用者）に対して、指導看護師等の指導の下、実地研修を実施することを承認します。

|  |  |
| --- | --- |
| 喀痰吸引等（特定行為）の種別 | □　口腔内の喀痰吸引□　鼻腔内の喀痰吸引□　気管カニューレ内部の喀痰吸引□　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 |
| 特定の者（利用者）名 |  |
| 事業所名称 |  |
| 受講者名 |  |

承認日　　令和　　年　　月　　日

病院名

医師名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　印