

認定がん医療ネットワークシニアナビゲーター研修の同意書

() 様

※ ご本人以外の方に説明した場合は氏名、続柄を記入する。

認定がん医療ネットワークシニアナビゲーター見学において相談支援の、参加をさせていただきたく存じます。

1. 見学生が参加させていただき、実習をさせていただくにあたっては、知識の不足など、問題が生じる場合があるかも知れませんが、指導は十分に行いますので、教育の必要性をご理解いただき、ご協力をお願いいたします。
2. 参加をさせていただくことのご了解の上で、実際の実習の前には、見学生の方から、実施について患者様のご許可をいただきますので、不都合な場合はお断りください。
お断り頂くことによる不利益は生じません。
3. 見学生が参加させていただくことによって、生じる問題やご不満については、すぐご連絡いただきましたら、見学生に必要な指導と必要な対処をいたします。状況によっては参加を中止する判断もいたします。
4. 見学生の見学記録として、見学記録に情報を転記致します。個人情報の保護を遵守し、個人が特定できないように伏せて使わせていただきますので、ご理解、ご了解ください。
5. 同意をいただいたことを記録に残させていただきます。

見学生 ()

年 月 日

指導協力者 ()

指導責任者 ()