（様式８）

受付ＦＡＸ　　06-6767-3801

受付ＦＡＸ　　06-6767-3801

**「ＡＷＡナース」による訪問等について**

当施設は、下記の目的を達成するため、徳島県看護協会が実施する「ＡＷＡナースサポートセンター事業」によりＡＷＡナースと協働しています。そのため、訪問看護師とＡＷＡナースが一緒にご自宅を訪問することがあります。事業にご協力いただける場合は、下欄の同意書に署名をお願い致します。

1. 本事業は、訪問看護師の在宅療養支援能力の向上と在宅療養される方のQOL向上を図ることを目的としています。
2. 具体的には、訪問看護サービスの提供を受ける際、業務に精通したＡＷＡナースの同行訪問を受けます。
3. 本事業は、あなたの自由意志のもとで行いますので、お断りになることもできます。

お断りになっても、あなたが受ける訪問看護サービスに不利益をこうむることは一切ありません。

1. ご協力いただける場合、プライバシーは固く守ります。
2. 本事業にご協力いただきました結果は、個人を特定しないようにして、事業結果の公表を行いますのでご了解ください

**同　意　書**

私（利用者）は、ＡＷＡナースサポートセンター事業について、上記文書による説明を受け、私が利用している訪問看護への同行訪問を通して、訪問看護師が、ＡＷＡナースから助言・支援を受けることに同意いたします。

令和　　　年　　　月　　　日

利用者氏名

代理人署名