

喀痰吸引等研修 実地研修 実施機関承諾書

令和 年 月 日

様

設 置 者

所 在 地

代 表 者 名

下記は、**ひろしま研修センター**（登録研修機関）が実施する喀痰吸引等研修において、実地研修として研修受講者を受け入れることを承諾いたします。

施設種別及び施設名	特別養護老人ホーム××××
設置年月日	令和〇年〇月〇日
代表者名	理事長 〇〇 〇〇
法人名	社会福祉法人〇〇〇〇
電話番号	××× - ××× - ××××
研修受講者責任者名	施設長 〇〇 〇〇
研修受講者受入開始時期	令和〇年〇月〇日
研修受講者受入人数	〇名

施設種別及び施設名	小規模多機能ホーム〇〇〇〇
設置年月日	令和〇年〇月〇日
代表者名	理事長 〇〇 〇〇
法人名	社会福祉法人〇〇〇〇
電話番号	××× - ××× - ××××
研修受講者責任者名	施設長 〇〇 〇〇
研修受講者受入開始時期	令和〇年〇月〇日
研修受講者受入人数	〇名