

令和 4 年度介護職員等によるたんの吸引等研修事業  
(第一号研修及び第二号研修)

実地研修実施承諾書

令和 年 月 日

公益財団法人 介護労働安定センター 徳島支部  
支部長 細井 三代子 殿

(設置者)

住所

施設・事業所名

代表者名

印

担当責任者名

連絡先電話番号

当法人における事業所・施設において、公益財団法人介護労働安定センター徳島支部が実施するたんの吸引等研修事業の実地研修機関として、下記受講者の受け入れを承諾します。

記

1 実地研修を行う受講者及び実施期間

受講者氏名	実地研修実施期間
	基本研修修了日～令和 5 年 2 月 10 日  (基本研修免除者については免除者招集受講後から実施可能)

※ 実地研修実施期間に変更や延長があった場合も、引き続き受講者を受け入れることを承諾します。

2 受け入れ施設名

施設種別	
施設名	
設置年月日	
代表者	
法人名	
電話番号	
指導者名	