

介護職員等による喀痰吸引等研修に係る
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
広島支部長 殿

(実地研修機関受諾者)

〒 —

住所 _____

施設・

事業所名 _____

代表者名 _____

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広島支部が実施する喀痰吸引等研修の実地研修機関として、受講者を受け入れ、本研修の研修委員会から指示のある安全基準及び実地研修実施要綱、評価基準を順守し指定された報告を期日までに提出することを承諾いたします。

1. 実地研修を行う受講者、受け入れ施設、実施期間

実地研修を行う施設名	
実地研修実施期間	令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日

※ 実際の実地研修開始日は、実地研修実施要綱に定めた関係書類の確認が取れ、賠償責任保険加入手続き完了後になります。