参考様式６－１

**喀痰吸引等研修 実地研修 実施機関承諾書**

令和　　　年　　月　　日

　公益財団法人介護労働安定センター

香川支部長　桑原弥生　　殿

法人名

法人所在地　〒

代表者名

　公益財団法人介護労働安定センター香川支部が実施する喀痰吸引等研修の実地研修機関として、研修受講者を受け入れることを承諾いたします。

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 研修課程 | | 喀痰吸引等研修（第一号及び第二号） | | |
| 実地研修の範囲 | | 口腔　　　　　　鼻腔　　　　　　気管カニューレ  　胃ろう滴下　　　胃ろう半固形　　　　経鼻経管 | | |
| 施設種別 | |  | | |
| 施設の名称 | |  | | |
| 施設所在地 | |  | | |
| 設置年月日 | |  | | |
| 受入責任者 | |  | | |
| 連絡先電話番号 | |  | | |
| 受講者受入条件 | 受入開始時期 | 令和　　年　　月　　日　～ | | |
| 研修日数 | 実地研修できる日数の限度365日間 | | |
| 受入可能人数 | １日あたり受入可能な人数　　　　　人 | | |
| 実地研修指導者 | 氏　　名 | 資　　格 | 臨床経験年数 |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
| 研修受講者名 |  |  |  |
| その他特記事項 |  | | |