喀痰吸引等研修（第一号研修及び第二号研修）に係る

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　新潟支部

支部長　川崎　徹也　様

（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

下記は、公益財団法人介護労働安定センター新潟支部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 |  |
| 設置年月日 |  |
| 代表者名 |  |
| 法人名 |  |
| 電話番号 |  |
| 研修受講者責任者名 |  |
| 研修受講者受入開始時期 | 令和　　年　　月　　日 |
| 研修受講者受入人数 | 　　　　名 |