令和７年度佐賀県介護職員等による喀痰吸引等研修（不特定）

実地研修コース用

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　佐賀支部

支部長　　前田　清隆　様

住所

施設名

代表者名

担当責任者名

連絡先電話番号

佐賀県が実施する喀痰吸引等研修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 |
|  | 令和７年１１月１７日 ～ 令和８年 ２月１３日 |
|  |
|  |
|  |
|  |

* 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。
* 実地研修開始日は、賠償責任保険開始日以降になります。

２　受け入れ施設名

|  |  |
| --- | --- |
| 施設種別 |  |
| 施設名 |  |
| 代表者 |  |
| 法人名 |  |
| 電話番号 |  |
| 指導者名  （複数いる場合はすべて記入） |  |