

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 1 1 月 1 7 日 ～ 令和 8 年 2 月 1 3 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)	