

令和8年度佐賀県介護職員等による喀痰吸引等研修（不特定）

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 杉本 博人 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8年11月5日～令和9年2月10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)	