

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静岡支部長 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静岡支部が実施する喀痰吸引等研修における実地研修施設として、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