

(様式3)

喀痰吸引等研修 実地研修 指導看護師等承諾書

令和 年 月 日

社会福祉法人 同仁会
理事長 辻 寛 様

事業所名
所在地
代表者名

自事業所情報



下記は、社会福祉法人同仁会 特別養護老人ホーム カルフル・ド・ルポ印南が主催する喀痰吸引等研修において、指導看護師等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	特別養護老人ホーム カルフル・ド・ルポ印南
設置年月日	平成12年2月1日
代表者名	理事長 辻 寛
法人名	社会福祉法人同仁会
電話番号	0738-42-8100
指導看護師等氏名	〇〇 ●●
研修受講者受入期間	令和〇年〇〇月〇〇日～令和〇年〇〇月〇〇日
研修受講者氏名	●● 〇〇

本書式は実地研修における指導看護師を、カルフル・ド・ルポ印南からの紹介等自施設で指導看護師がない場合にのみご記入の上、ご提出いただきます。
自施設で指導看護師の方がいらっしゃる場合は提出不要です。