

(様式4)

喀痰吸引等研修 実施研修 実施機関承諾書

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

印

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、実地研修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 ○○ホーム
設置年月日	平成○○年○○月○○日
代表者名	理事長 ○○ ○○
法人名	社会福祉法人○○会
電話番号	XXXX-XX-XXXX
研修受講者責任者名	○○ ○○
研修受講者受入期間	令和○年○○月○○日～令和○年○○月○○日
研修受講者氏名	○○ ○○

※本書式は、「自施設を実地機関として」実地研修を実施していただく場合にご記入の上、ご提出ください。