

(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



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	
設置年月日	
代表者名	
法人名	
電話番号	
指導看護師等氏名	
研修受講者受入期間	
研修受講者氏名	