

(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

設 置 者

所 在 地

代 表 者 名

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 | |
| 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 | |
| 研修受講者受入期間 | |
| 研修受講者氏名 | |