

(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



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	