

## 喀痰吸引等研修 実地研修 実施機関承諾書

年 月 日

白寿会研修センター センター長 様

設 置 者

所 在 地

代 表 者 名



白寿会研修センター（登録研修機関）が実施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	
開設年月日	
代表者名	
法人（設置者）名	
電話番号	
研修受講者受入責任者名	
研修受講者受入開始時期	

## ＜記載に関する注意点＞

- 1 研修受講者受入責任者名は、実地研修の責任者となる方のお名前を記載してください。
- 2 研修受講者受入開始時期は、実地研修実施計画書の「実地研修の開始予定日」を記載してください。