別紙１

**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　　　　　　　　　　　　　　　公印

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。