

喀痰吸引等研修 実地研修 実施機関承諾書

平成 年 月 日

社会福祉法人 キャマロード 殿

設置者

所在地

代表者名

印

下記は、社会福祉法人 キャマロード 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、喀痰吸引等研修実施要綱(厚生労働省 平成24年3月30日 社援発0330第43号)に基づき、この研修を行うことを承諾します。

施設（事業）種別	
施設（事業所）名	
設置年月日	
法人名	
代表者名	
電話番号	
研修受講者責任者名	
研修受講者受入開始時期	
研修受講者受入人数	

実地研修実施機関が、登録特定行為事業者 である場合は、登録番号通知 の写しを添付してください。