

平成28年度 介護職員に対する喀痰吸引等研修

第3号(特定の者対象)研修 第1回 全課程

【基本研修(講義・演習)、知識獲得確認テスト、実地研修】

実地研修実施機関承諾書

平成 年 月 日

社会福祉法人  
翔の会 殿

設置者 \_\_\_\_\_

所在地 \_\_\_\_\_

代表者名 \_\_\_\_\_

当設置者は、社会福祉法人 翔の会が、実施いたします「平成27年度介護職員に対する喀痰吸引等研修事業・第三号(特定の者対象)研修」における実地研修についての受講者を受け入れ、当研修実施要項及び「喀痰吸引等研修実施要綱」(厚生労働省 社援発 0330 第43号 平成24年3月30日)に基づき、生命、安全に留意して当研修を実施することを承諾いたします。

施設・事業所 種別	
施設・事業所名	
設置年月日	
法人名	
代表者名	
電話番号	
研修担当責任者名	
研修受講者受け入れ開始時期	
研修受講者受け入れ人数	
指導講師(看護師等)氏名	

実地研修機関が「登録喀痰吸引等事業者(登録特定行為事業者)」である場合は、「登録番号通知」の写しを添付して下さい。