

## 喀痰吸引等研修 実地研修 実施機関承諾書

平成 年 月 日

社会福祉法人恭生会 理事長 殿

設 置 者

所 在 地

代 表 者 名

⑩

下記は、社会福祉法人恭生会 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	
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	
研修受講者受入開始時期	
研修受講者受入人数	