**喀痰吸引等研修 実地研修 実施機関承諾書**

　　　年　　月　　日

　　　○　○　○　○（登録研修機関の長）　　様

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　設　置　者

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　所　在　地

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　代 表 者 名　　　　　　　　　印

○○○○（登録研修機関）が実施する喀痰吸引等研修において、下記のとおり実地研修受講者を受け入れることを承諾いたします。

|  |  |
| --- | --- |
| 受入事業所種別・事業所名 |  |
| 設置年月日 |  |
| 法人名 |  |
| 代表者名 |  |
| 電話番号 |  |
| 研修受講者受入開始時期 |  |
| 研修受講者受入人数 |  |
| 備考 |  |