

喀痰吸引等研修 実地研修 実施機関承諾書

年 月 日

社会福祉法人大阪府社会福祉協議会
大阪福祉人材支援センター 所長 宛

設 置 者

所 在 地

代 表 者 名



下記は、社会福祉法人大阪府社会福祉協議会 大阪福祉人材支援センター(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 | |
| 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 | |