

喀痰吸引等研修 実地研修 実施機関承諾書

令和 年 月 日

介護キャリアアカデミー 殿

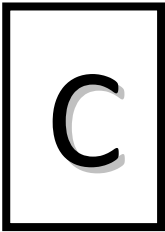
設 置 者

所 在 地

代 表 者 名 ㊟

下記は、介護キャリアアカデミー（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	



喀痰吸引等研修 実地研修 実施機関承諾書

令和 年 月 日

介護キャリアアカデミー 殿

設 置 者 (下記④の法人名を記入下さい)

所 在 地 (下記④の住所を記入下さい)

代 表 者 名 (下記④の代表者名を記入下さい) 印

下記は、介護キャリアアカデミー（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	① □×△訪問看護ステーション安心の森
設置年月日	② 上記①の設立年月日を記入下さい
代表者名	③ 上記①の代表者名を記入下さい
法人名	④ ①の所属する法人名を記入下さい ①と④が同一の場合もごさい ます 例：医療法人 □×△安心グループ
電話番号	⑤ 上記④の電話番号を記入下さい
研修受講者責任者名	⑥ 受講者の氏名を記入下さい（複数の場合は代表者の氏名を記入下さい）
研修受講者受入開始時期	⑦ 研修実施日を記入下さい
研修受講者受入人数	⑧ 実地研修受講者の総人数を記入下さい