

## 喀痰吸引等研修 実地研修 実施機関承諾書

平成 年 月 日

一般社団法人財形福祉協会 殿

設 置 者

所 在 地

代 表 者 名

法人本部の法人名・住所

代表者名・法人印

④

下記は一般社団法人財形福祉協会が実施する喀痰吸引等研修において、  
実地研修先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	<input type="checkbox"/> 特別養護老人ホーム <input type="checkbox"/> 介護老人保健施設 <input type="checkbox"/> グループホーム <input type="checkbox"/> 訪問介護 <input type="checkbox"/> 訪問看護 <input type="checkbox"/> 通所介護 <input type="checkbox"/> 有料老人ホーム ( <input type="checkbox"/> 介護付 <input type="checkbox"/> 住宅型 ) <input type="checkbox"/> 療養病床 ( <input type="checkbox"/> 介護療養 <input type="checkbox"/> 医療療養 ) <input type="checkbox"/> 医療療養病床 <input type="checkbox"/> その他病床 ( ) <input type="checkbox"/> その他 ( )
※右記より施設種別を選択し チェック	
施設名	※正式な施設名を記入してください
設置年月日	※上記施設の設置年月日を記入してください
代表者名	※上記施設の代表者名を記入してください
法人名	※上記施設の法人号を記入してください
電話番号	※上記施設の電話番号を記入してください
研修受講者責任者名	※実地研修受入の責任者様のお名前をご記入ください
研修受講者受入開始時期	※上記施設にて実地研修を開始する見込みの日付を記入してください
研修受講者受入人数	名 / 月間 ※月間で実地研修を実施する見込人数を記入してください