

(所属する施設・事業所以外で実地研修を実施する方のみ)

社会福祉法人十日町福社会 喀痰吸引等研修

実地研修受け入れ承諾書

令和 年 月 日

社会福祉法人十日町福社会
理事長 村山 薫 様

設置主体

住 所

代表者名

印

社会福祉法人十日町福社会が実施する喀痰吸引等研修において、実地研修として受講者を受け入れることを承諾します。

設置主体	
事業種別	
施設・事業所名	
施設長・事業所長氏名	
電話番号	
FAX番号	
研修受講者担当者氏名	
研修受講者受け入れ人数	
研修期間	委託契約の締結後 ～ 令和5年8月31日