

(所属する施設・事業所以外で実地研修を実施する方のみ)

社会福祉法人桜井の里福社会 喀痰吸引等研修

実地研修受け入れ承諾書

令和 年 月 日

社会福祉法人桜井の里福社会
理事長 柏原雅史様

住 所

施 設 名

代表者名

印

社会福祉法人桜井の里福社会が実施する喀痰吸引等研修において、実地研修として下記受講生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・事業所長氏名	
電話番号	
FAX番号	
受講者名	
研修期間	令和3年6月23日～令和3年3月31日

※実地研修を実施するための要件等は、募集要項の内容を確認してください。