

喀痰吸引等研修 実地研修 実施機関承諾書

平成 年 月 日

医療法人 社団 洛和会
理事長 矢野 一郎 宛

実施機関所在地

代表者名

印

下記は、医療法人 社団 洛和会が実施する洛和会喀痰吸引等研修機関において、実地研修として研修受講者を受け入れることを承諾します。

1.施設種別及び施設名	
2.代表者名	
3.法人名	
4.電話番号	
5.研修受講者名	
6.研修受講者所属施設名	
7.研修受講者受入予定期間	
8.研修受講者受入人数	

備 考

- ① 受講生が複数いる場合は、「5.研修受講者名」、「6.研修受講者所属施設名」及び「7.研修受講者受入予定期間」を受講生ごとに明記してください。
- ② 「1.施設種別及び施設名」と「6.研修受講者所属施設名」が同じ場合は、「6.研修受講者所属施設名」は記載不要です。
- ③ 「8.研修受講者受入人数」は実地研修実施機関で受け入れる受講生の合計人数を記載してください。

洛和会喀痰吸引等研修機関