

第1回たんの吸引等研修（不特定の者対象）（第1号・第2号研修）

【実地研修実施機関承諾書】

平成 年 月 日

和光会キャリアカレッジ 御中

受講者名 _____

研 修 課 程	第1号研修 / 第2号研修 (※研修課程どちらかに○を付けてください)
---------	-------------------------------------

1	施 設 の 名 称	
2	施 設 所 在 地	
3	受 入 責 任 者	
4	連 絡 先	電話番号 () -

受 講 者 受 入 の 条 件

5	受 入 開 始 時 期	平成 年 月 日から			
6	指 導 看 護 師	氏 名		修了証書No	
		氏 名		修了証書No	
		氏 名		修了証書No	
7	そ の 他 特 記 事 項				

和光会キャリアカレッジ(登録研修機関 No2110002)が実施する喀痰吸引等研修の実地研修機関として、上記の条件により研修受講者を受け入れることを承諾します。

平成 年 月 日

法 人 名

法人所在地

代 表 者 名

印