**喀痰吸引等研修 実地研修 実施機関承諾書**

　年　　　月　　　日

社会福祉法人　りべるたす　　殿

　　設 置 者

所 在 地

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　代表者名　　　　　　　　　　　　　　　　　印

下記は、社会福祉法人　りべるたす（登録研修機関）が実施する喀痰吸引等研修において、実地研修として研修受講者を受け入れることを承諾いたします。

|  |  |
| --- | --- |
| 施設種別及び施設名 |  |
| 設置年月日 |  |
| 代表者名 |  |
| 法人名 |  |
| 電話番号 |  |
| 研修受講者受入開始時期 | 　　年　　月　　日より |
| 研修受講者受入人数 | ５０人まで |

　※年度末に研修の受け入れ人数と修了書の発行をしめます。（研修のたびに毎回お願いしますと大変ですので、受け入れ人数枠という形で書かせていただいております。）