

喀痰吸引等研修 実地研修 実施機関承諾書

社会福祉法人イエス団
重症心身障がい者通所「シサム」様

2013年 月 日

設置者
所在地
代表者名

指導看護師等が所属する 法人
についてご記入ください

下記は、社会福祉法人イエス団 重症心身障がい者通所「シサム」（登録研修機関）が実施する喀痰吸引等研修（第3号研修）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	指導看護師等が所属する 事業所 についてご記入ください
法人名	
電話番号	
研修受講者責任者名	
研修受講者受入開始時期	医師指示後
研修受講者受入人数	事業所名（ ） 受講生名（ ） 利用者（ ） 様
	事業所名（ ） 受講生名（ ） 利用者（ ） 様
	総計 名

【受講生が所属する事業所名】【受講生とご利用者様】
の組み合わせをご記入ください
必要に応じて、欄を追加してください
研修の進捗状況等を確認する際に必要となります
ご協力よろしくお願いいたします