

(別紙様式 1)

2019年度 医療法人社団青藍会 たんの吸引等研修
第1・2号研修 (不特定多数の者対象)

【 実地研修 実施機関承諾書 】

2019年 月 日

医療法人社団 青藍会

たん吸引等研修センター 様

設 置 者

所 在 地

代 表 者 名

㊞

下記は、「青藍会 たん吸引等研修センター」が実施するたん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	
研修実施担当責任者名	
研修受講者受入開始時期	
研修受講者受入人数	

※実地研修を実施できる医療機関は、「介護療養病床」及び「重症心身障がい児(者)施設」に限ります。