

喀痰吸引等研修（実地研修）受入承諾書

平成 年 月 日

研修受講者所属法人（施設・事業所）

様

受入法人（施設・事業所）

住所 _____

法人名 _____

代表者職氏名 _____ 印

当法人（施設・事業所）は、鳥取県が主催する「平成29年度介護職員等の喀痰吸引等研修（実地研修）」において、下記のとおり貴法人（施設・事業所）所属の研修受講者を受け入れることを承諾いたします。

施設名	
所在地	
施設種別	
管理者名	
研修受入責任者名	
電話番号	
受入受講者氏名	
実施する研修種別	<input type="checkbox"/> 第一号研修 <input type="checkbox"/> 第二号研修
指導看護師等の確保	<input type="checkbox"/> 派遣法人（施設・事業所）において確保 <input type="checkbox"/> 受入法人（施設・事業所）において確保
実地研修実施中の事故等に係る賠償責任	<input type="checkbox"/> 派遣法人（施設・事業所）が負担 <input type="checkbox"/> 受入法人（施設・事業所）が負担
研修受講者受入時期	
その他特記事項	