**記入例及び注意点**

※自施設以外で行う行為がある場合は、受入先から記入して頂く必要があります。

別紙「様式２」

**喀痰吸引等研修　実地研修　実施機関承諾書**

　　年　　月　　日

青森県知事　三　村　申　吾　殿

公印

（法人または会社の印鑑を押印ください。）

設 置 者　法人・会社名

所 在 地　法人・会社の所在地

代表者名　法人・会社の代表名　　　　　　　　　　㊞

下記は、青森県及びその委託機関が実施する令和４年度青森県喀痰吸引等研修（第一号、第二号研修）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。

記

|  |  |
| --- | --- |
| 施設種別及び施設名 | 特別養護老人ホーム○○　※実地研修を行う施設・事業所名 |
| 設置年月日 | ○年○月○日　　　　※上記施設・事業所の設置年月日 |
| 代表者名 | 法人・会社の代表名 |
| 法人名 | 法人・会社名 |
| 電話番号 | 実地研修を行う施設・事業所の電話番号 |
| 研修受講者責任者名 | 施設・事業所長名 |
| 研修受講者受入開始時期 | ○○年11月1日～○○年3月3日  ※様式1の実施予定期間と同じ |
| 研修受講者受入人数 | ○人　　　　　※対象の施設・事業所から受入する予定の受講生数 |