

喀痰吸引等研修 実地研修 実施機関承諾書

年 月 日

株式会社TBC福祉教育センター
代表取締役 齋藤 武士 様

設 置 者

所 在 地

代 表 者 名

㊦

下記は、株式会社TBC福祉教育センター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	
研修受講者責任者名	
研修受講者受入開始時期	
研修受講者受入人数	