全19障福(　05・06・09・11・01　)特－２

受講される月に○をつけてください

　２０１9年度神奈川県委託「介護職員に対する喀痰吸引等研修事業」

第３号（特定の者対象）研修　第(　　）回　全課程

　**【基本研修（講義・演習）、知識獲得確認テスト、実地研修】**

**実地研修実施機関承諾書（事業所）**

　　年　　　月　　　日

特定非営利活動法人

フュージョンコムかながわ・県肢体不自由児協会　殿

設置者

所在地

代表者名　　　　　　　　　　　　　　　　印

　当設置者は、特定非営利活動法人フュージョンコムかながわ・県肢体不自由児協会が、実施

いたします「2019年度県委託　介護職員に対する喀痰吸引等研修事業・第三号（特定の者対象）研修」における実地研修についての受講者を受け入れ、当研修実施要項及び「喀痰吸引等研修実施要綱」（厚生労働省　社援発0330第43号　平成24年3月30日）に基づき、生命、安全に留意して当研修を実施することを承諾いたします。

|  |  |
| --- | --- |
| 施設種別及び事業所名 |  |
| 設置年月日 |  |
| 事業所名 |  |
| 事業所代表者名 |  |
| 電話番号 |  |
| 研修担当責任者名 |  |
| 指導講師（看護師等）氏名/所属 |  |
| 登録喀痰吸引等事業者：登録番号 |  |

※　実地研修機関が「登録喀痰吸引等事業者（登録特定行為事業者）」である場合は、

「登録番号通知」の写しを添付して下さい。

NPO法人　フュージョンコムかながわ・県肢体不自由児協会