（様式３）「実地研修実施についての合意文書」

（文書番号）

　　年　　月　　日

　（実地研修実施機関代表者）　様

　　　　　　　　　　　　　　　　　　（所属名）

　　　　　　　　　　　　　　　　　　（代表者職氏名）　　　　　　　　㊞

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（担当者）

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（連絡先）

実地研修受講依頼書

　「島根県介護職員等によるたんの吸引等の実施のための研修事業実地研修（不特定多数の者対象）に関する取扱要領」に基づく実地研修について、当施設（事業所）の下記職員の貴機関における受講を依頼しますので、ご承諾いただきますようよろしくお願いします。

なお、ご承諾いただける場合は、別紙承諾書をご返送いただきますようお願いします。

記

　　　　　（受講者氏名）　　　　　　　　　（受講希望日）

（様式３）「実地研修実施についての合意文書」

（文書番号）

　　年　　月　　日

　（施設（事業所）代表者）　様

　　　　　　　　　　　　　　　　　　（実地研修実施機関名）

　　　　　　　　　　　　　　　　　　（代表者職氏名）　　　　　　　　㊞

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（担当者）

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（連絡先）

実地研修受講承諾書

　　　　　年　　月　　日付け（文書番号）で依頼のあった件について、当施設における貴所属の下記職員の受講について承諾します。

なお、実地研修については、「島根県介護職員等によるたんの吸引等の実施のための研修事業実地研修（不特定多数の者対象）に関する取扱要領」に基づき実施することを申し添えます。

記

　　　　　（受講者氏名）　　　　　　　　　（受講日）