

(様式6)

# 第三号(特定の者対象) 実地研修実施機関承諾書

平成 年 月 日

日本 ALS 協会 神奈川県支部 殿

設置者 \_\_\_\_\_

所在地 \_\_\_\_\_

代表者名 \_\_\_\_\_

当設置者は、日本 ALS 協会神奈川県支部が、実施いたします「平成 26 年度介護職員等のたん吸引等研修（特定の者を対象とする研修 [第 3 号研修]）」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・事業所 種別	
施設・事業所名	
設置年月日	
法人名	
代表者名	
電話番号	
研修担当責任者名	
研修受講者受け入れ開始時期	
研修受講者受け入れ人数	
指導講師（看護師等）氏名	

※ 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。（日本 ALS 協会 神奈川県支部）