

（あて先）大府市長

住所

氏名

※本人が手書きしない場合は、記名押印してください。

（生年月日 年 月 日）

大府市喀痰吸引等研修支援事業（実地研修）に係る同意書

下記の者が喀痰吸引等研修（3号研修）における実地研修（喀痰吸引等）の対象となること、及び、研修修了後に、喀痰吸引等の支援を受けることに同意します。

なお、この同意書をもって下記の者から喀痰吸引等の支援を受けることを保証するものではありません。

記

法人名	
事業所名	
氏名	
登録研修機関名	
受講期間（予定）	年 月 ～ 年 月