

喫煙吸引等研修 実地研修 実施機関承諾書

令和 年 月 日

社会福祉法人大阪府社会福祉事業団 殿

設 置 者

所 在 地

代 表 者 名

⑩

下記は、社会福祉法人大阪府社会福祉事業団が実施する喫煙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	