

喀痰吸引等研修機関 社会福祉法人 大阪府社会福祉事業団

## 研修講師就任承諾書

私は、喀痰吸引等研修機関 社会福祉法人 大阪府社会福祉事業団の  
研修講師として就任することを承諾いたします。

令和 年 月 日

住 所 : \_\_\_\_\_

氏 名 : \_\_\_\_\_ ④