就　　任　　承　　諾　　書

　　年　　月　　日

法人名　　○○○○

代表者名　　○　○　○　○ 殿

氏名

　私は、《法人名》　《事業所名》が、社会福祉士及び介護福祉士法附則第６条に定める登録研修機関として登録の際には、喀痰吸引等研修講師として就任することを承諾します。