令和　　年　　月　　日

社会福祉法人福島県社会福祉協議会長

会　長　　北　村　 清　士　　様

法人名

法人所在地

代表者名

業　務　実　施　計　画　書

令和　　年　　月　　日付けで実施届を提出した喀痰吸引等実地研修（不特定多数の者対象）について下記により実施します。

記

１　業務名

　喀痰吸引等実地研修（不特定多数の者対象）業務

２　計画書を提出する事業所の名称

３　添付書類

（１）業務計画書（様式第３号）

（２）実地研修実施体制確認表（様式第４号）

※様式第４号の確認資料を添付する。

（３）その他参考となる資料