様式３　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 　　 　 実習受入事業所　→　県社協

**（※1月９日までに原本を必ず提出）**

**（※捺印は役職印や法人、事業所の公印を押印すること）**

福島県介護支援専門員実務研修 見学・観察実習

実習受入承諾書

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　年　　月　　日

福島県社会福祉協議会 会長　様

　　　　　　　　　　　　　　　　法人名・事業所名　　　　　　　　　　　　　　印

（管理者名　　　　　　　　　　　　　　　　　　）

介護支援専門員実務研修の実習の受入について、つぎのとおり承諾します。

なお、実習は概ね３日間程度（１８時間以上）の期間にて行うこととします。

実習を行う者（受講者）

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 指定番号 |  |  |
| フリガナ |  |
| 氏　　名 |  |

実習指導者（主任介護支援専門員）※実習指導者が複数の場合は、代表者１名の氏名等を記入

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| フリガナ |  | 連絡先（電話番号） |
| 氏　　名 |  |  |
| 備　　考 |  |

※受講者ごとに報告してください。