（様式第４号）

岐阜県介護支援専門員実務研修見学実習受入承諾書

令和　　年　　月　　日

社会福祉法人岐阜県福祉事業団

岐阜県介護研修センター所長　様

　 　事業所番号

事業所名

事業所代表者

（事業所名及び代表者役職名を記入してください。）

　　令和　　年　　月　　日付けで依頼のありました介護支援専門員実務研修実習の受入れについて、

下記のとおり承諾します。

記

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 受講者 | 氏　　名 |  | 受入開始予定日※1 | 令和　　年　　月　　日 |
| 受講番号 |  | 実習完了予定日※２ | 令和　　年　　月　　日 |
| 受講者 | 氏　　名 |  | 受入開始予定日※1 | 令和　　年　　月　　日 |
| 受講番号 |  | 実習完了予定日※2 | 令和　　年　　月　　日 |
| 受講者 | 氏　　名 |  | 受入開始予定日※1 | 令和　　年　　月　　日 |
| 受講番号 |  | 実習完了予定日※2 | 令和　　年　　月　　日 |

※1　受入開始予定日は、受講者と連絡・調整した初回に訪問を受入れる予定日を記入してください。

※2　実習完了予定日は、実際の完了日と異なってもいいが後期日程開始前とし、受講者と調整・

確認した日を記入してください。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 実習責任者氏名 |  |  |
| 実習指導者氏名 |  | |
| 連絡先電話番号 |  | |