第５号様式

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　年　　月　　日

社会福祉法人

石川県社会福祉協議会　御中

所在地

事業所名称

　　　　代表者氏名

**石川県介護支援専門員実務研修実習受入承諾書**

　　　　　年　月　日第　　号で依頼のあった介護支援専門員実務研修実習の受入れについて、下記のとおり承諾いたします。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 実　習　生 | フリガナ |  |
| 氏　　名 |  |
| 生年月日 | 　　　　　　　年　　　月　　　日　　（　　　歳） |
| 実習期間 | 　　　年　　月　　日～　　　　　年　　月　　日（　　日間） |
| 実習場所 |  |
| 実習内容 | 【記載例】実習指導者との同行訪問、居宅サービス計画立案、サービス担当者会議等の一連のケアマネジメントに関する見学及び実習 |
|  |  |
| 連絡先 | 電話 |  |
| メールアドレス |  |