第　　　　　号

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　平成　　　年　　　月　　　日

（実習受入事業所）

　　　　　　　　　　　　　様

　　　　社会福祉法人　群馬県社会福祉協議会

　　　　　　　会長　 片野　清明

介護支援専門員実務研修実習受入依頼書

介護支援専門員実務研修実習を下記のとおり受け入れていただきたく依頼します。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 実　習　生 | 受講番号 |  |
| フリガナ |  |
| 氏　名 | （基礎資格：　　　　　　　　） |
| 住　所 | （〒　　　　　　　） |
| 電話番号 |  |
| 生年月日 | 　　　　　　　年　　　月　　　　日（　　　歳） |
| 実習期間1. または②を選択）
 | 1. 平成２９年１月２６日～２９年２月１９日のうち３日程度
2. 平成２９年１月２７日～２９年２月２１日のうち３日程度
 |
| 実習内容 | 一連のケアマネジメントプロセスの見学（アセスメント・プランニング・サービス担当者会議・モニタリング・給付管理） |
| 研修実施機関 | 〒371-8525群馬県前橋市新前橋町１３－１２社会福祉法人群馬県社会福祉協議会福祉人材課連絡先　０２７－２５５－６０３５ |