

(様式8)

第 号
平成 年 月 日

法人名
(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

平成29年度介護支援専門員実務研修実習受入証明書

介護支援専門員実務研修実習受入について下記のとおり証明します。

事業所名			
事業所番号			
実習受入期間	平成30年2月2日～30年3月19日のうち3日程度		
実習受入責任者			
実習指導者名（主任介護支援専門員）及び担当実習者数	1		名
	2		名
	3		名
	4		名
	5		名
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		

※実習指導実績は主任介護支援専門員更新研修の受講要件に該当する場合がありますので、事業所は実習指導を行った主任介護支援専門員に対して本証明書の写しを必ず渡してください。

(群馬県社会福祉協議会 → 実習受入事業所)