　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　第　　　　　号

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　平成　　　年　　　月　　　日

　　　　　　　　　　　　　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２８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   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。