

(様式1)

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

## 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	(歳) ※年齢は平成 年 月 日基準
実習期間 (①または②を選択)	① 平成30年2月2日～30年3月18日のうち3日程度 ② 平成30年2月3日～30年3月19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	

(群馬県社会福祉協議会 → 実習受入事業所)