　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　平成　　　年　　　月　　　日

社会福祉法人　群馬県社会福祉協議会長　　様

法人名

　　　　　　　　　　　　　　　　　代表者氏名　　　　　　　　　　　　　　　印

介護支援専門員実務研修実習受入承諾書

介護支援専門員実務研修実習の受け入れについて、下記のとおり承諾します。

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 事業所名 | |  | | |
| 事業所番号 | |  | | |
| 事業所住所 | | （〒　　　　　　　　） | | |
| 事業所電話番号 | |  | | |
| 実習受入  責任者氏名 | |  | | |
|  | 実習生  受講番号 | | 実習生氏名 | 実習指導担当者名 |
| １ |  | |  |  |
| ２ |  | |  |  |
| ３ |  | |  |  |
| ４ |  | |  |  |
| ５ |  | |  |  |