第７号様式

年　　月　　日

香川県介護支援専門員実務研修

研修実施機関　代表者　　様

|  |  |
| --- | --- |
| 所在地 |  |
| 事業所名称 |  |
| 代表者氏名 |  |

香川県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入れについて、下記のとおり承諾いたします。

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 実　習　生 | フリガナ |  | | |
| 氏　　名 |  | | |
| 住　　所 | （郵便番号　　　－　　　　） | | |
| 電話番号 |  | | |
| 生年月日 | 年　　　月　　　日　　（　　　歳） | | |
| 実習期間 | | 年　　月　　日～　　　年　　月　　日（概ね　　日間） | | |
| 実習場所 | |  | | |
| 実習指導者名 | |  | 連絡先 |  |