（様式第１－８号）

実習施設一覧表

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 科目番号 | 細　　目　　名 | 見学時間 | 施設名／所在地／設置者（法人）名 |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

（様式第１－９号）

実習施設承諾書

年　　月　　日

香川県知事　殿

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　施設の所在地

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　施設の名称

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　設置者（法人）名

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　代表者名　　　　　　　　　　　　　　印

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　介護保険サービス提供事業者・施設開所(指定)年月日

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　開所　　　　年　　　月　　　日

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　指定　　　　年　　　月　　　日

□介護職員初任者

□生活援助従事者

　（事業者名）が実施する　　　　　　　　　　　　研修課程の実習（施設見学）において、

(**下記の条件を付して**)施設を使用することを承諾いたします。

※承諾する事業者側で必要があれば条件を付してください。