

規程様式第 2

文 書 番 号
年 月 日

(実習受入先事業所の長) 様

(研修実施機関の長)

秋田県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次のとおり受入れていただきたく依頼します。

実 習 生	フリガナ			
	氏 名			
	住 所	(郵便番号 ー)		
	電話番号			
	生年月日	年	月	日 (歳)
実習期間		年 月 日～ 年 月 日 (日間)		
実習内容		※介護支援専門員実務研修要綱に沿って記入してください。 【記載例】実習指導者との同行訪問、居宅サービス計画立案、 サービス担当国会議等の一連のケアマネジメントに関する見学及び実習		
備考				
研修実施機関 (担当者名)			連絡先	