事業所 →県社協

**（１１月１5日（金）までに必ず提出）**

福島県社会福祉協議会　福祉研修課　介護支援専門員実務研修担当　行

**送信先ＦＡＸ　０２４－５２１－５６６３**

**令和６年度介護支援専門員実務研修「見学学習」**

**受入可能人数報告様式**

（住　所）〒　　　　－

（事業所名）

（記入者氏名）**※実習受入担当者**

　電話（　　　　　）　　　　　―

以下のとおり報告します。

１　介護支援専門員実務研修「見学学習」受入可能人数

**※今年度、受入可能な人数を記入**

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　名

２　実習生連絡用電話番号

**※実習生に配布する「実習受入事業所一覧表」に掲載する電話番号を記入**

　　　　　　　　　　　　―　　　　　―

３　備考・特記事項等

**※実習受入の際の注意点等ありましたらご記入ください。**

**（例）事前のPCR検査、実習１週間前の体温体調の履歴の提出、ワクチン接種の確認など**