様式１　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 　　　 受講者　→　実習受入事業所

福島県介護支援専門員実務研修 見学学習

 実習依頼書

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　年　　月　　日

（実習受入先事業所名）

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　実習担当者　 様

貴事業所にて介護支援専門員実務研修の実習をさせていただきたく依頼します。

　なお、実習は実施要領第２項に基づき、概ね３日間程度（１８時間以上）の期間とさせていただきたくお願い申し上げます。

実習を行う者（受講者）

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 指定番号 |  |  |
| フリガナ |  | 職　種または基礎資格 |  |
| 氏　　名 |  |
| 生年月日 | 　　　　　　　年　　 月　　 日　（　　　歳） |
| 住　　所 | 〒　　　－　　　　 |
|   |
| 電話番号 | 日中連絡が取れる番号を記入 |
|   |
| 勤 務 先(ある場合のみ) | 勤務先名称　　 |
| （電話番号） 　 |
| 備　　考 |  |

※先に電話等にて実習受入の依頼をし、内諾を得てから提出してください。

※本様式に記載の個人情報は、当実習の実施・運営管理の目的にのみ利用させていただきます。