（様式第４号）

長野県介護支援専門員実務研修実習受入承諾書

　　　　年　　月　　日

（長野県介護支援専門員研修指定研修実施機関）

社会福祉法人長野県社会福祉協議会会長　様

　 　事業所番号

　事業所名

　 　事業所代表者　　　　　　　　　　　公印

　　　　　年　　月　　日付けで依頼のありました介護支援専門員実務研修実習の受入れについて、下記のとおり承諾します。

記

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 受講者 | 受講番号 |  |
| 氏　　名 |  |
| 受講者 | 受講番号 |  |
| 氏　　名 |  |
| 受講者 | 受講番号 |  |
| 氏　　名 |  |
| 受講者 | 受講番号 |  |
| 氏　　名 |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 実習指導者名 |  | 連絡先 |  |
|  |
|  |
|  |