

第7号様式

年 月 日

香川県介護支援専門員実務研修
研修実施機関 代表者 様

所在地

事業所名称

代表者氏名

香川県介護支援専門員実務研修実習受入承諾書

介護支援専門員実務研修実習の受入れについて、下記のとおり承諾いたします。

実習生	フリガナ		
	氏名		
	住所	(郵便番号 -)	
	電話番号		
	生年月日	年 月 日	(歳)
実習期間	年 月 日～ 年 月 日 (概ね 日間)		
実習場所			
実習指導者名		連絡先	