

(様式第3号)

令和 年 月 日

公益財団法人いきいき岩手支援財団理事長 様

事業所住所：

事業所名：

代表者名：

印

令和2年度岩手県介護支援専門員実務研修実習受入承諾書

令和2年度岩手県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

実習生	出席番号	氏名	(男・女)
実習内容	岩手県介護支援専門員実務研修実習実施要領2による内容 1 アセスメント見学 2 居宅サービス計画作成見学 3 サービス担当者会議の同席 4 モニタリング見学 5 給付管理業務見学 6 アセスメント 7 居宅サービス計画等作成 ※注1		
実習指導者	登録番号 職 氏名 (連絡先)		

※注1 受講生による自己学習です。指導者が助言することは差し支えありません。

注2 「登録番号」とは、介護支援専門員の登録番号です。