

(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 :

管理者名 :

令和7年度岩手県介護支援専門員実務研修実習受入承諾書

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

受講者	出席番号		氏名									
実習内容	岩手県介護支援専門員実務研修実習実施要領による内容											
	<ul style="list-style-type: none">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 ※注2	<table border="1"><tr><td>登録番号 ※注3</td><td></td></tr><tr><td>職名</td><td></td></tr><tr><td>氏名</td><td></td></tr><tr><td>連絡先</td><td></td></tr></table>				登録番号 ※注3		職名		氏名		連絡先	
登録番号 ※注3												
職名												
氏名												
連絡先												

※注1 受講者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 実習指導者として県に登録している方を御選出ください。

注3 介護支援専門員の登録番号を御記入ください。