参考１

実 習 受 入 承 諾 書

　　年　　　月　　　日

　（　研 修 事 業 者　）様

（所在地）〒

（法人名）

（代表者名）　　　　　　　　　　　　　　印

(電　話)

貴団体の実施する介護員養成研修の実習施設として、次のとおり受講者の受け入れを承諾します。

１．実習施設の種類

①施設・居住型事業所　　　　②訪問系事業所　　　　　③その他事業所

２．実習施設名（介護保険事業者又は障害福祉サービス事業者である場合は、事業所番号も記入）

施設種別：

施設名等：　　　　　　　　　　　　　　　　　（事業所番号　　　　　　　　　　　　　）

３．実習受入期間・１年間あたりの受入回数及び１回あたりの受入人数

年　　月　　日　～　　　　年　　月　　日　　（年　　回・各回　　名）

４．実習時間

原則として　　　時　　　分　～　　　　時　　分（　　　　時間）×　　　日

（注）同一法人が設置する２箇所以上の施設等で実施する場合は、実習施設の種類と実習施設名をすべて記載するか、施設等ごとに用紙を分けてください。