

※本用紙は、郵送にて提出してください。(尚、電子申請の場合、本用紙の提出は不要)

(様式第1号)

(協力事業所)→(保健福祉振興財団)

熊本県介護支援専門員実務研修実習受入承諾書

令和 年 月 日

(熊本県知事指定介護支援専門員実務研修実施機関)

一般財団法人保健福祉振興財団理事長 様

事業所名

事業所管理者名

(印不要)

令和7年度熊本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

	項目	内 容									
事業所	法 人 名										
	事業所番号										
	事業所名										
	事業所代表者										
	住 所	(〒 -)									
	電 話 番 号	- -				FAX番号		- -			
	担 当 者 名										
指導者	フリガナ			※1	介護支援専門						
	指導者名(1)			有・無	員証登録番号						
	フリガナ			※1	介護支援専門						
	指導者名(2)			有・無	員証登録番号						
	フリガナ			※1	介護支援専門						
	指導者名(3)			有・無	員証登録番号						

- ※1 主任介護支援専門員研修もしくは主任介護支援専門員更新研修修了者は有に○をつけてください。
- ※2 指導者が3名を超える場合は、行を挿入するなどして使用してください。
- ※3 事業所名、住所、電話番号、FAX番号は、リスト化して受講者に配付するとともに、保健福祉振興財団ホームページに掲載します。