

※本用紙は、郵送またはメールにて提出してください。

(様式第3号－1)

(受講者)→(保健福祉振興財団)

熊本県介護支援専門員実務研修 実習先決定報告書

令和 年 月 日

(熊本県知事指定研修実施機関)

一般財団法人保健福祉振興財団理事長 様

記

以下、ご記入ください。

	項目	内 容
事業所	事業所名	
	住 所	(〒 -)
受講者	受講番号	
	氏 名	
実習期間	実 習 期 間	令和 年 月 日 ～ 令和 年 月 日 (日間)

以上

※ 実習期間については、実習初日と実習最終日を期間とし、ご記入ください。また、実習期間に変更が生じた場合でも本紙の再提出は必要ございません。