

※本用紙は、FAXまたはメールにて提出してください。

(様式第3号-2)

(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調整完了報告書

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

事業所名
事業所管理者

記

受講者	実習期間	令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日 (日間)									
	受講番号										
	氏 名										
受講者	実習期間	令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日 (日間)									
	受講番号										
	氏 名										
受講者	実習期間	令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日 (日間)									
	受講番号										
	氏 名										
担当者名						連絡先					

※ 受入れをする受講者が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。

※ 本様式は、実習受入人数が、予定していた人数に達した等、これ以上の調整が困難な場合のみ御提出ください。