様式第４

　　　　　　　　　　　実　習　施　設　承　諾　書

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 研修実施機関名 | | |  |
| 実習期間 | | |  |
| 施  設  名 | 名　称 | |  |
| 施設種別 | |  |
| 所在地 | |  |
| 施設開所年月日 | |  |
| 実習項目 | | |  |
| 受入人数 | | |  |
| 実  習  指  導  者 | | 氏名 |  |
| 免許・資格 |  |
| 職種 |  |
| 経験年数 |  |

上記のとおり介護員養成研修の実習施設として承諾いたします。

年　　月　　日

施設設置者

住所

氏名

※「施設種別」には、訪問介護、特別養護老人ホーム等、介護サービスの種類を記載すること。

※実習施設は、申請時において、開所から３年以上経過していること。

※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、実習施設ごとに記載すること。