様式第１号の１０

実習施設受入承諾書

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 研修実施期間 | | 【第　　回】　　　　年　　月　　日　～　　　　年　　月　　日 | | | | |
| 研修課程 | |  | | | | |
| 実習対象科目・時間  （細目番号・項目名） | |  | | | 時間 | |
| 事業者の担当講師 | |  | | | | |
| 実習内容 | |  | | | | |
| 実習受入施設・事業所 | |  | | | | |
|  | 所在地 |  | | | | |
|  | 設置者（法人名） |  | | | | |
|  | 施設・事業所名 |  | | | | |
|  | サービスの種類  ［根拠法］ | ［　□介護保険法　　　□その他（　　　　　　　　　　　　）　］ | | | | |
|  | 介護保険・障害福祉  事業所番号 |  | 当初の指定年月日 | 年　　月　　日 | | |
|  |  | 氏名 | 免許・資格の名称 | 職種・業務内容 | | 経験年数 |
|  | 施設の実習指導者 |  |  |  | | 年 |
|  | （実習受入担当者） |  |  |  | | 年 |
|  |  |  |  |  | | 年 |
|  | 受入人数／日 | １日あたり　　　　　名以内 | | | | |
|  | 実習実施時間 | 時　　　分　～　　　時　　　分［ 　　時間 ※休憩時間を除く］…① | | | | |
|  | 受入期間 | 年　　月　　日　～　　　年　　月　　日 | | | | |
|  | 延べ受入人数 | 延べ　　　　　　　　名　 …② | | | | |
|  | 延べ受入時間数 | 延べ　　　　　　　　時間　…①×② | | | | |

|  |
| --- |
| 上記の計画に従って、当施設において　（介護員養成研修事業者名）　が実施する介護員養成研修の受講者の実習受入れについて承諾いたします。  年　　　月　　　日  （施設設置者）法人名  代表者職氏名　　　　　　　　　　　　　　　　　　㊞ |