別紙５－２

|  |
| --- |
| 実 習 施 設 設 置 者 承 諾 書 |
| 千葉県知事　　　　　　　　様 （事業者名）　が実施する介護職員初任者研修課程・生活援助従事者研修課程（特養等施設等・訪問介護事業所等）見学に係る実習について、下記の計画により施設を利用することを承諾しましたので、届出いたします。 　　 年 月 日所在地施設の名称管理者職・氏名 印 |
| 実 習 施 設 利 用 計 画 書 |
| 受入期間 | 年　　月　～　年　　月 |
| 受入人数及び延べ時間数 | 人　×　　時間＝延べ　　　時間 |
| 実習施設担当者の職氏名 |  |
| 受入条件 |  |

※管理者の印は職印を押印すること。

※「（特養等施設等・訪問介護事業所等）」のいずれかに○をつけること。

※受入条件は、記載事項がある場合に記載すること。