【契約書別紙２】

平成　　年　　月　　日

特定非営利活動法人

長崎県介護支援専門員連絡協議会

　　　　理事長　黒江　直樹　様

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 事業所名

管理者　　　　　　　 　　　　 　　　印

平成　　　年度長崎県介護支援専門員実務研修における実習指導の受け入れの承諾

　表記の件につきまして、下記のとおり実習の受け入れを承諾いたします。

　各実習生の実習日時は以下のとおりです。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| No. | 実習生氏名 | 実習実施日 |
| 1 | 受講番号　　　　　　 | 日　　：　　～　　：　日　　：　　～　　：　日　　：　　～　　：　日　　：　　～　　：　日　　：　　～　　：　 |
| 2 | 受講番号　　　　　　 | 日　　：　　～　　：　日　　：　　～　　：　日　　：　　～　　：　日　　：　　～　　：　日　　：　　～　　：　 |
| 3 | 受講番号　　　　　　 | 日　　：　　～　　：　日　　：　　～　　：　日　　：　　～　　：　日　　：　　～　　：　日　　：　　～　　：　 |
| 4 | 受講番号　　　　　　 | 日　　：　　～　　：　日　　：　　～　　：　日　　：　　～　　：　日　　：　　～　　：　日　　：　　～　　：　 |
| 5 | 受講番号　　　　　　 | 日　　：　　～　　：　日　　：　　～　　：　日　　：　　～　　：　日　　：　　～　　：　日　　：　　～　　：　 |