

実 習 施 設 設 置 者 承 諾 書	
千葉県知事	様
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	
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 × ＝延べ 時間 時間
実習施設担当者の職氏名	
受入条件	

※「(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。