

実 習 施 設 設 置 者 承 諾 書	
<p style="text-align: center; margin: 0;">千葉県知事                                  様</p> <p style="margin: 10px 0;">（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。</p> <p style="text-align: center; margin: 20px 0;">年   月   日</p> <p style="text-align: right; margin: 0;">所在地 施設の名称 管理者職・氏名</p> <div style="text-align: right; margin: 5px 0;"><span style="border: 1px solid black; border-radius: 50%; padding: 2px;">印</span></div>	
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。