(様式第３号)

令和　　年　　月　　日

公益財団法人いきいき岩手支援財団理事長　様

事業所住所：

事業所名：

管理者名：

令和６年度岩手県介護支援専門員実務研修実習受入承諾書

　岩手県介護支援専門員実務研修実習の受入れについて、下記のとおり承諾します。

記

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 受講者 | 出席  番号 |  | | 氏名 |  |
| 実習内容 | 岩手県介護支援専門員実務研修実習実施要領による内容  １　アセスメント見学  ２　居宅サービス計画作成見学  ３　サービス担当者会議の同席  ４　モニタリング見学  ５　給付管理業務見学  ６　アセスメント  ７　居宅サービス計画等作成　※注1 | | | | |
| 実習指導者  （１名）  ※注２ | 登録番号  ※注３ | |  | | |
| 職　　名 | |  | | |
| 氏　　名 | |  | | |
| 連絡先 | |  | | |

※注１　受講者による自己学習です。指導者が助言することは差し支えありません。

注２　実習指導者として県に登録している方を御選出ください。

注３　介護支援専門員の登録番号を御記入ください。

提出期限：令和７年１月21日（火）