

(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）