様式第１－８号

実習施設一覧表

**（　介護職員初任者研修　・　生活援助従事者研修　）課程**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 科目  番号 | 細目番号及び名称 | 施設名 | 所在地 | 設置者の氏名（法人名） |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

様式第１－９号

実習施設承諾書

年　　月　　日

高知県知事　様

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　所在地

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　施設の名称

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　事業者(法人)名

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　代表者氏名　　　　　　　　　　　　　　　　印

　（事業者名）が実施する介護員養成研修事業の実習（施設見学）において、下記のとおり施設を使用することを承諾いたします。

記

　１　介護保険サービス施設・事業所開所(指定)年月日

開所　　　　年　　　月　　　日

指定　　　　年　　　月　　　日

　２　施設のサービス種別

　３　受入研修課程

　　　　　　　　　　　　　　　　課程

　４　受入期間

　　　　　　　年　　　　月　　　日　～　　　年　　月　　日　（※終期が決まっていれば記載）

　５　その他（受入条件等）