

(別添2-7)

## 実習施設承諾書

年 月 日

(研修事業者名)

様

商号又は名称：

施設・事業所名：

代表者又は施設長の職・名：

印

貴団体の実施する障がい者居宅介護従業者基礎研修の実習施設として、下記のとおり実習の受け入れを承諾します。

指定機関	
事業所番号	
施設・事業種別	
運営主体（法人名）	
所在地	
施設・事業所名	
実習指導者名、資格等及び介護・看護・相談業務の実務経験	指導者名：
	資格等：
	実務経験： 年 月
実習受け入れ時期	年 月～

※実習指導者については、介護・看護・相談業務等の実務経験が5年以上の者であること。