

認知症介護実践リーダー研修 実習先に関する届け出

一般社団法人 愛知県介護福祉士会 会長様

所属事業所の所在地
名称
代表者名
電話番号

以下の者は、表題の研修において所属事業所外にて実習を行うため申請をいたします。

受講生氏名	受講番号 ()
事業所内で実習が行えない理由	
以下、職場実習を行う事業所について記載してください。	
事業所名	事業所種別
住所	
電話番号	
管理者氏名（介護保険事業の届け出をしている方のお名前をご記入ください）	
実習責任者氏名・役職（実習の受け入れに関してお問い合わせをした際にご対応いただける方）	

代表者の方へ

- ① この届出について、不実または錯誤した内容の記載をした場合、本研修の受講は無効とする処分を行います。
- ② 記載事項を訂正する場合は、必ず権限を有する代表者の職印で訂正してください。それ以外の方法で訂正したものは無効となります。
- ③ この届出は、同一法人内の事業所であっても所属事業所と実習先が異なる場合は提出を要します。