

介護支援専門員実務研修 実習に関する同意書
（ケアマネジメントプロセスの見学実習用）

（実習生） _____ 様

本事業所は、介護支援専門員実務研修の実習に協力し、必要な情報を提供することに同意します。

年 月 日

（受入協力事業所管理者）

事業所名 _____

事業所住所 _____

（ふりがな）

氏 名 _____ 印 _____