

(別添2-6)

## 実習施設承諾書

年 月 日

(研修事業者名) 様

法人・団体名  
施設・事業所名  
代表者又は施設長の職・名

貴団体の実施する移動支援従業者養成研修事業（ 課程）の実習施設として、下記の通り、実習の受け入れを承諾します。

運営主体（法人名）	
施設・事業種別	
施設・事業所名	
所在地	
実習指導者名及び実務経験年数 （介護・看護・相談業務等）	（実務経験 年 ヶ月）
実習科目記号・実習科目名	
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。

※承諾書は、実習科目ごとに受領すること。