

社会福祉法人
奈良県社会福祉協議会 会長 殿

所在地
法人名
代表者氏名

印

令和5年度 奈良県介護支援専門員実務研修 実習受入計画書

令和5年度 奈良県介護支援専門員実務研修受講生(以下「実習生」という。)の実習受入について、下記のとおり実習受入計画書を提出します。

【事業所情報】

フリガナ 事業所名		フリガナ 実習指導代表者 氏名	
住 所	(〒 -)		
アクセス	(公共交通機関) ※JR、近鉄、奈良交通(駅名・バス停名)を正確にご記入ください。 駅より <input type="checkbox"/> 徒歩 → ()分 <input type="checkbox"/> バス → 「」バス停より 徒歩 ()分		
連絡先	TEL	FAX	
その他	(車での来所の可否について)	<input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 不可	
	(実習時の服装について)		
	(課題分析方式について) ※対応可能な方式についてチェックをお願いいたします(複数回答可)。 <input type="checkbox"/> 全国社会福祉協議会方式 <input type="checkbox"/> MDS-HC方式 <input type="checkbox"/> 社会福祉士会方式 <input type="checkbox"/> 介護福祉士会方式 <input type="checkbox"/> 訪問看護振興財団方式		
	(その他実習生へのメッセージ)		

【個別実習計画】 ※2名分ご記入ください。(実習生が1名の場合は「1」の日程になります。)

＜実習期間：令和6年3月22日(金)～5月9日(木)＞

	実習実施予定日 (※例：1日当たり7h=3日間、1日当たり3h=7日間など)							合計予定時間数 (昼食休憩時間を除く)
	初日	2日目	3日目	4日目	5日目	6日目	7日目	
1	月 日	月 日	月 日	月 日	月 日	月 日	月 日	日間 時間
	()曜日	()曜日	()曜日	()曜日	()曜日	()曜日	()曜日	
2	月 日	月 日	月 日	月 日	月 日	月 日	月 日	日間 時間
	()曜日	()曜日	()曜日	()曜日	()曜日	()曜日	()曜日	

注 意 事 項

- 合計時間数は21時間以上(概ね3日～7日間)とします。
- 上記内容は、本会事務局がマッチングした実習生にお伝えします。
- 「実習受入決定通知後」の日時の変更(「賠償責任保険」加入の都合上、本会の指定期間内に限ります)については、実習受入事業所と実習生との間で、直接調整していただくようお願いいたします。