別紙様式４

実　習　受　入　れ　承　諾　書

令和８年度第１回認知症介護実践者研修の目的・内容を理解し，下記の者が受講する際には，事業所として責任を持って効果的な職場実習が行われるよう協力することを承諾します。

令和　　年　　月　　日

実習事業所の名称＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

所在地＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

代表者職・氏名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿印
（私印不可）

受講希望者	所属事業所の名称	
	氏名	印
	備考	※所属事業所にて実習できない理由

※※※