別記様式１

公益財団法人 東京都福祉保健財団

　 　　　　　　　　　　　理事長　殿

東京都介護支援専門員実務研修

実習受入事業所の登録に関する同意書

東京都介護支援専門員実務研修の実習実施条件を理解し、実習受入事業所として登録することに同意いたします。

令和　　　年　　　月　　　日

事業所番号

　　事業所名

郵便番号

事業所所在地

開設者名

代表者職・氏名 　　　 　　　　　印

代表者印

（会社実印）

事業所連絡先電話番号：

担当者名：

実務研修の実習に関するお問い合わせは、こちらにお願いします。

【問い合わせ先】

公益財団法人東京都福祉保健財団 人材養成部介護人材養成室

ＴＥＬ：03-3344-8512

ＦＡＸ：03-3344-8592