

実習先報告書

受講番号	受講者氏名
実習事業所名	

<見学・体験実習の受け入れ依頼時の連絡についての留意事項>

※ 期間・時間帯の厳守

期 間：令和6年12月25日（水）～令和7年1月10日（金）（土・日を除く）
時 間：9：00～17：00

※ 依頼内容について

まず、先方の受け入れが可能であるかを確認し、実習先を決めること。実習の日程等は、受け入れ先の都合等もありますので、実習期間が始まる（令和7年1月21日）までに調整をしてください。また、感染症対策等事業所から別途指示がある場合は、その指示を厳守して実習に望むようにして下さい。

※ その他

- 電話のマナーを守り、要件をまとめてわかりやすく伝える事。
- 実習先が決定しましたら、受講番号、氏名、事業所名を記入して、1月10日（金）までにメール添付またはFAXで下記まで提出してください。

<提出先>

一般社団法人 山梨県介護支援専門員協会
〒400-0047 甲府市徳行 5-13-5 山梨県医師会館 1階

TEL 055-222-1661

FAX 055-222-1671

Mail yamanashi-cma@hop.ocn.ne.jp