**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**