【様式１】

令和　　年　　月　　日

　　　　　　　　　　様

（介護支援専門員指定研修実施機関）

社会福祉法人愛媛県社会福祉協議会

令和６年度介護支援専門員実務研修の実習への協力依頼について

　本会では、課題分析表又は居宅サービス計画書作成など、介護保険制度において、皆様の身近でかつ重要な役割を担う介護支援専門員を養成するために、標記研修を実施しており、その一環として実践形式の実習を行っております。

　つきましては、あなたに本実習における対象者としてご協力いただきたくお願い申し上げます。

　本実習では、（職種）　　　　　　　（氏名）　　　　　　　　が、あなたとご家族から現在の生活状況等を伺い、居宅サービス計画書を作成し、研修の中で事例として活用させていただくものです。

　お伺いした個人情報に関しては、年齢及び性別以外は、個人を特定できるような項目を削除し、研修関係者以外に漏れることのないよう十分に配慮しますので、研修の趣旨をご理解の上、ご協力いただきますよう重ねてお願い申し上げます。

【実習連絡先】

|  |
| --- |
| 住所  氏名  電話番号 |

【研修実施機関連絡先】

〒790-8553

松山市持田町三丁目８番１５号

愛媛県社会福祉協議会　福祉人材部　長寿推進課

TEL　０８９－９２１－８３５９

FAX　０８９－９２１－３３９８