

認知症介護実践リーダー研修実習受入日程調整票

事業所名 _____ 担当者名 _____
TEL _____

回答いただきました日程を確認後、他施設実習における実習生の調整をさせていただき、研修時に各受講生に発表することとなります。

貴事業所様におかれましては、下記の期間(1月25日～2月5日)にて他施設の実習生の受入をいただくこととなりますのでご協力賜りますようお願い申し上げます。

なお、実習生が決まり次第ご連絡をさせていただきます。

① 1日の実習生受入可能人数 _____ 人

②実習生受入れ可能日程

※実習生の受け入れができない期間に×をご記入ください。

日付	受入の可否
1月25日(月)～27日(水)	
1月26日(火)～28日(木)	
1月27日(水)～29日(金)	
2月1日(月)～3日(水)	
2月2日(火)～4日(木)	
2月3日(水)～5日(金)	