

# 平成27年度 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			
担当者氏名		電話番号	

貴事業所におかれましては、下記の期間（平成27年8月24日～9月4日※土日を除く）にて実習生（受講生）を受け入れていただきますので、受け入れ可能な日にちを下記の表にてお知らせください。

提出いただきました日程を事務局にて調整をさせていただき、後日受け入れいただく実習生（受講生）をご連絡させていただきます。

## ①実習生受入れ可能日程と人数

※受け入れ可能な日には ○ 、 受入できない日には × 印をご記入ください。

日にち	受入の可否	人数
8月24日（月）～26日（水）		
8月25日（火）～27日（木）		
8月26日（水）～28日（金）		
8月31日（月）～9月2日（水）		
9月1日（火）～3日（木）		
9月2日（水）～4日（金）		

②実習生の車での来訪が、 **可** ・ **不可** （※どちらかに○印を付けてください。）