年　　月　　日

　（あて先）松江市長

　　　　　　　　　　　　　　　　事業所の名称

　　　　　　　　　　　　　　　　事業所の所在地

　　　　　　　　　　　　　　　　管理者氏名

介護支援専門員実務研修実習受入同意書

　介護支援専門員実務研修実習の受入れについて同意します。