（別紙８）

**実習施設・事業所の名称等及び利用計画**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 施設種類 | 実習施設・事業所名 | 受入人数 |
| 訪問介護事業所 | 社会福祉法人○○会　訪問介護事業所●● | 名 |
| 科目名 |  | |
| 実施期間 | 年　　月　　日　～　　年　　月　　日 | |
| 時間数 | 時間 | |
| 実習内容 |  | |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 施設種類 | 実習施設・事業所名 | 受入人数 |
| 障害者支援施設 | 社会福祉法人□□会　障害者支援施設■■ | 名 |
| 科目名 |  | |
| 実施期間 | 年　　月　　日　～　　年　　月　　日 | |
| 時間数 | 時間 | |
| 実習内容 |  | |