利用者→事業所

様式４

　　年　　月　　日

　　　　　　　　　　　様

令和５年度新潟県介護支援専門員実務研修見学実習同行訪問同意書

新潟県介護支援専門員実務研修見学実習同行訪問について、同意します。

　　　　　　　　年　　　月　　　日

住所

電話番号

氏　　名（自署）