様式２

**実習に関する質問票**

新潟県介護支援専門員協会　行

FAX：025－282－5151

E-mail：info@caremanager-niigata.com

送信年月日　　　　　　年　　　月　　　日

受講者番号

氏　　名

返信先　TEL　　　　　　　　　　　　　　　　FAX

　　　　※上記 が勤務先の場合は名称：

　　　　※メールでの問い合わせは、送信先のメールアドレス宛に回答します。

|  |
| --- |
| 質問 |

1. 実習期間中の質問は、この書式を使用しFAXまたはメールで提出してください。
2. 電話による質問は受け付けません。
3. 回答は電話・FAX・メールで行います。

**［回　答］**

年　　月　　日

　　　　　　　　　　　　　　様

新潟県介護支援専門員協会

|  |
| --- |
| 返信 |