

令和 7 年度介護等体験年間受入計画書

発 号
年 月 日

社会福祉法人 熊本県社会福祉協議会 御中

施設名	施設種別	施設長名
住所 〒 _____ 住 所 _____ T E L _____ F A X _____ E-mail _____ ご担当者名 _____		
定休日・ 時間帯 等		(毎週○曜日等) (9時～4時等)
備考	<p>* 該当するものに○をつけてください。</p> <p>【事前連絡】 事前訪問必要 ・ 電話でよい ・ その他</p> <p>【細菌検査等】 必要 ・ 不要</p> <p>* 必要な検査項目 腸内細菌検査・・・赤痢菌 その他 ()</p>	

受入アンケートに記載いただいた条件等

受入アンケートに記載いただいた条件等

(提出先) E-mail : kenshu@kumashakyou.jp
ファックス : 096-324-5464