

様式 5

(施設→県社協)

発 番 号
年 月 日

社会福祉法人 熊本県社会福祉協議会
事 務 局 長 様

施 設 名
代 表 者 名

電 話
ファックス
担当者氏名 ()

教員免許特例法による「介護等体験」の受入れについて
年 月 日付け熊社協第 号で依頼があったこのことについ
ては、別紙名簿（様式 4）のとおり回答します。

なお、介護等体験で知り得た個人情報の取り扱いについては、本体験の運営管理の
目的にのみ利用することを申し添えます。