

## 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	* 該当するものに○をつけてください。 【事前連絡】 事前訪問必要 ・ 電話でよい ・ その他 【細菌検査等】 必要 ・ 不要 * 必要な検査項目 腸内細菌検査・・・赤痢菌 その他 ( )	

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