

添付 5 号様式

実 習 施 設 一 覧

科目（項目）名 （9）こころとからだのしくみと生活支援技術

事業所の所在地 小樽市新光 1 丁目 2 1 番 5 号

承諾書 番 号	施 設 名	郵便番号	住 所	電 話 番 号	設 置 者 名	実 習 指 導 者		
						氏 名	経験年数	主な資格名
①	あっとほーむ 朝里中央	〒047-0152	小樽市新光 1 丁目 2 1 番 5 号	0134-51-2770	医療法人北光会	久保勝之	21年	介護支援専門員 介護福祉士
①	朝里中央デイサ ービスセンター	〒047-0152	小樽市新光 1 丁目 2 1 番 5 号	0134-54-1720	医療法人北光会	伊部将太郎	12年	介護福祉士
①	ショートステイ 朝里中央	〒047-0152	小樽市新光 1 丁目 2 1 番 5 号	0134-51-2773	医療法人北光会	古島さちよ	46年	看護師

注 1 この様式は、科目（項目）ごとに作成すること。

2 「設置者名」は、施設長名ではないこと。 例 社会福祉法人□□会 特養△△荘 → 設置者は□□会となる。