様式４　　　　　　　　　　　　　　 　　　　　　　　 　 実習受入事業所　→　県社協

**（※3月３日までに原本を必ず提出）**

**（※捺印は役職印や法人、事業所の公印を押印すること）**

福島県介護支援専門員実務研修　見学学習

 実習実施報告書

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　年　　月　　日

福島県社会福祉協議会 会長　様

　　　　　　　　　　　　　　　　法人名・事業所名　　　　　　　　　　　　　　 印

（管理者名　　　　　　　　　　　　　　　　　　）

介護支援専門員実務研修の実習結果について、つぎのとおり報告します。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 指定番号 |  |  |
| フリガナ |  |
| 受講者氏名 |  |
| 実習期間（連続した日でない　　場合はそれぞれの期間を記入）※３～５日間で実施 | １日目：　　月　　　日（　　）　　実施時間　 　 　時間 |
| ２日目：　　月　　　日（　　）　　実施時間　 　　時間 |
| ３日目：　　月　　　日（　　）　　実施時間　 　　時間 |
| ４日目：　　月　　　日（　　）　　実施時間　 　　時間 |
| ５日目：　　月　　　日（　　）　　実施時間　 　　時間 |
| **合計　 　　日間（　　 　時間）** |
| 実習指導者名（主任介護支援専門員） |  | 連絡先（電話番号） |
|  |
| 受講者または実習内容等への意見・課題 |  |
| 備考欄 | ※実習が途中で中止となった場合の理由など、何かありましたらご記入ください |
|  |

**※受講者ごとに報告してください。**