

見学実習施設



研修実施団体

(原本)

\*見学実習終了後、実習生が  
受け取り、研修実施団体に提出  
→原則、実務研修10日目

## (様式4)

年　月　日

公益社団法人 福岡県介護支援専門員協会

会長 柴口 里則 殿

(研修実施団体)

所在地

事業所名称

代表者氏名

(管理者名)

## 福岡県介護支援専門員実務研修実習報告書兼評価書

介護支援専門員実務研修実習の結果について、下記のとおり報告いたします。

実習生	フリガナ			
	氏名			
	実務研修受講番号			
	住所	(郵便番号 - )		
	電話番号			
	生年月日	年　月　日 (　歳)		
実習期間		年　月　日～　年　月　日 (　日間)		
利用者への実習を行うことの説明と同意		口頭により同意取得 · 書面により同意取得		
実習指導者	氏名		連絡先	
	介護支援専門員登録番号			

※別紙、「福岡県介護支援専門員実務研修見学実習記録用紙」を添付してください。