

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。