（様式第５号）

岐阜県介護支援専門員実務研修見学実習実施報告書

令和　　年　　月　　日

社会福祉法人岐阜県福祉事業団

岐阜県介護研修センター所長　様

　 　事業所番号

事業所名

事業所代表者

（事業所名及び代表者役職名を記入してください。）

　介護支援専門員実務研修における見学実習のすべての項目内容について、受講者に説明及び

同行見学を行いましたので、下記のとおり報告します。

記

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 受　講　者 | 受講番号 |  | | |
| ふりがな |  | | |
| 氏　　名 |  | | |
| 実習期間 | 実習期間 | 令和　　年　　月　　日　　～　　　令和　　年　　月　　日 | | |
| 日　数 | （　　　）日 | 時間数 | （　　　　　）時間 |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | |  |
| 実習責任者氏名 |  |  |
| 実習指導者氏名 |  | |
| 連絡先電話番号 |  | |

※別紙見学実習記録シート①のコピーを添付してください。

なお同記録シートは、受講者と指導者がすべての項目に記入済であることを確認してください。

※受講者ごとに報告してください。