様式４　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 　 実習受入事業所　→　県社協

**（※3月4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・観察実習

 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） |  |
|  |
|  |
|  |
| **（合計　　　日間）** |
| **終了状況****（該当する方に〇）** | **終　了　　・　　中　止****（理由：　　　　　　　　　　　　 　　　　　　　　　　　）** |
| 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 |  |

**※受講者ごとに報告してください。**