（様式４）

＊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

（原本）

研修実施団体

見学実習施設

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　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。