(様式第６号)

令和　　年　　月　　日

　公益財団法人いきいき岩手支援財団理事長　様

事業所住所：

事業所名：

管理者名：

令和６年度岩手県介護支援専門員実務研修実習報告書

　岩手県介護支援専門員実務研修実習の結果について、下記のとおり報告します。

記

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 受　講　者 | | 出席  番号 |  | | 氏名 |  | |
| 実習事項 | 実習期間 | 実施日 | | | | | 実施時間数 |
| ①　　　　　　月　　　日 | | | | | 時間 |
| ②　　　　　　月　　　日 | | | | | 時間 |
| ③　　　　　　月　　　日 | | | | | 時間 |
| ④　　　　　　月　　　日 | | | | | 時間 |
| ⑤　　　　　　月　　　日 | | | | | 時間 |
| **合計　　　　日間　　（　　　　時間）** | | | | | |
| 実習内容 | 岩手県介護支援専門員実務研修実習実施要領による内容  １　アセスメント見学　　　　　　５　給付管理業務見学  ２　居宅サービス計画作成見学　　６　アセスメント  ３　サービス担当者会議の同席　　７　居宅サービス計画等作成　※注1  ４　モニタリング見学 | | | | | |
| 事例数  ※見学した利用者の実数 | | （　　　　）事例 | | | | | |
| 実習指導者 | | 登録番号  ※注２ | |  | | | |
| 職　　名 | |  | | | |
| 氏　　名 | |  | | | |
| 連絡先 | |  | | | |

※注１　受講者による自己学習です。指導者が助言することは差し支えありません。

注２　介護支援専門員登録番号を御記入ください。

※別紙「実習評価票」を添付

提出期限：令和７年２月28日（金）