

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：

代表者名：



令和 年度岩手県介護支援専門員実務研修実習報告書

令和 年度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

実習生	出席 番号	氏名	(男・女)
実習事項	実習期間	連続した3日間の場合 令和 年 月 日 ~ 年 月 日 (3日間____時間) 連続しない場合 令和 年 月 日、 月 日、 月 日、 月 日 (____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2による内容 1 アセスメント見学 2 居宅サービス計画作成見学 3 サービス担当者会議の同席 4 モニタリング見学 5 給付管理業務見学 6 アセスメント 7 居宅サービス計画等作成 ※注1	
事例数	() 事例 ※事例の計上は、見学した利用者の実数とする。		
実習指導者名	(連絡先)		

(別紙実習評価票を添付してください。)

※注1 受講生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。