

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4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	連続した3日間の場合 令和 年 月 日 ~ 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	
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 介護支援専門員の登録番号をご記入ください。

※別紙「実習評価票」を添付してください。