(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：　　　　　　　　　　　　　　　印

令和５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  ※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　介護支援専門員の登録番号をご記入ください。

※別紙「実習評価票」をご添付ください。