(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。