

(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		
	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)