

(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7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			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				

※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