

(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 5 給付管理業務見学 2 居宅サービス計画作成見学 6 アセスメント 3 サービス担当者会議の同席 7 居宅サービス計画等作成 ※注1 4 モニタリング見学			
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