

社会福祉法人埼玉県社会福祉協議会会長 行

施設又は事業所の所在地
施設又は事業所名称
代表者氏名
電話番号

職印

埼玉県介護支援専門員実務研修実習報告書

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。

実 習 生	フリガナ											
	氏 名											
	受講番号											
	実習期間	年 月 日 ~					年 月 日 (日間)					
	実習内容	「ケアマネジメントの基礎技術に関する実習」 (合計実習時間数 3 日程度相当、18 時間以上)										
指 導 者 所 属 事 業 所	実習指導者氏名					介護支援専門員 登録番号						
	登録承認番号	高福第	—	号		介護支援専門員証 の有効期限	年 月 日					
	事業所名											
	所在地											
	事業所番号											/

※実習生 1 名につき、本報告書を 1 枚御記入ください。

※実習生の自書による証明は認めません。

※証明書に使用する印鑑は、公的な申請に使用する印鑑を押印してください（三文判不可）。

※実習生 1 名に対し、複数の指導者が関わった場合は、主に関わったお一人の氏名を御記入ください。

※本報告書は、実習最終日に御記入いただき、原本を実習生にお渡しください。

<実習の受け入れに関する状況> ※□にチェックを入れてください。

(1)受け入れ人数

多かった 適当 もっと受け入れられた

(2)実習生が決まるまでの調整期間

長い 適当 短い

(3)実習生からの問い合わせ

たいへん多かった 多かった 普通 少なかった

(4)その他特記事項（自由記載）

{ _____ }

.....（以下、県社協使用欄）.....