事業所⇔実習生（受講者）：事務局提出

様式第３号

実習最終日以降の日付

令和８年４月１日

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　さいたま市浦和区針ヶ谷 4-2-65
施設又は事業所名称　居宅介護支援事業所　県社協
代表者氏名　坂東　太郎　印
電話番号　048-824-3111

事業所が公的な書類を提出する際の印鑑を使用

■実習スケジュール（県社Ｃ）と同様

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。

受講者	フリガナ	クマガヤ　アツコ		
	氏名	熊谷　~~熱子~~　あつ子		
	受講番号	７０９９９		
	実習期間	令和８年　３月　１８日　～令和８年　４月　１日（　３日間） ※貴事業所で行った実習の初日と最終日の日付を御記入ください。		
	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	埼玉　彩子	介護支援専門員登録番号	1 1 1 1 0 0 0 0
	登録承認番号	高福第９９－９９９９号	介護支援専門員証の有効期限	令和９年３月３１日
	事業所名	居宅介護支援事業所　県社協		
	所在地	さいたま市浦和区針ヶ谷4-2-65		
	事業所番号	1 1 7 0 [illegible] 0 0 0 0 0		

修正液使用不可
二重線で消去、要訂正印

実際に実習を行った日数

CM、主任CMのいずれか早い方の有効期限

実習受入協力事業所登録承認通知書
または実習受入事業所リスト参照

※受講者１名につき、本報告書を１枚御記入くださ[illegible]
※受講者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[illegible]不可）**。
※訂正する場合は、訂正したい個所に二重線を引き、訂正印を押してください（修正液使用不可）。
※受講者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、原本を受講者にお渡しください。
※本報告書の控え（コピー）は、主任介護支援専門員更新研修の受講該当要件の書類にもなりますので、事業所にて保存をお願いします。

＜実習受け入れに関する状況：任意回答＞　※☐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)受講者が決まるまでの調整期間	☐長い	☐適当	☐短い
(3)受講者からの問い合わせ	☐多かった	☐普通	☐少なかった

(4)その他特記事項（自由記載）

〔　　　　　　　　　　　　　　　　　　〕