実習実施様式第９号

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　令和　　年　　月　　日

一般社団法人山口県介護支援専門員協会

会　長　佐々木　啓太　様

所在地

事業所名称

代表者氏名　　　　　　　　　　　　印

山口県介護支援専門員実務研修報告書兼評価書

　山口県介護支援専門員実務研修実習の結果について、下記のとおり報告いたします。

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 受講者  （実習生） | 氏　　名  ※受講生が複数の場合,全員のお名前を記載してください。 | | | | 受講番号 |
|  | | | |  |
|  | | | |  |
|  | | | |  |
| 実習事項 | 実習期間 | 年　　月　　日～　　年　　月　　日  ※受講生が複数の場合は最初に実習に入られた方の開始日から、  最後に実習を終えられた方の最終日を記載してください。 | | | |
| 実習内容 | 見学・観察実習 | | | |
| 受入事業所の  コメント |  | | | | |
| 実習指導者  氏 名 |  | | 連絡先 |  | |

※本紙は令和　５年　３月　７日（火）までにご返送ください。