別紙４（様式４）

　年　　月　　日

社会福祉法人　福岡県社会福祉協議会

　　会長　酒見　俊夫　　殿

（研修実施団体）

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（実習受入事業所）

所在地

事業所名称

代表者氏名

福岡県介護支援専門員実務研修実習報告書兼評価書

　介護支援専門員実務研修実習の結果について、下記のとおり報告いたします。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 実　習　生 | フリガナ |  |
| 氏　　名 |  |
| 実務研修受講番号 |  |
| 住　　所 | （郵便番号　　　－　　　　） |
| 電話番号 |  |
| 生年月日 | 　　　　　　　年　　　月　　　日　　（　　　歳） |
| 実習期間 | 　年　　月　　日～　　　年　　月　　日（　　日間） |
| 利用者への実習を行うことの説明と同意 | 口頭により同意取得　　　・　　書面により同意取得 |
| 実習指導者 | 氏　　名 |  | 連絡先 |  |
| 介護支援専門員登録番号（８桁） |  |  |  |  |  |  |  |  |

※「福岡県介護支援専門員実務研修見学実習記録用紙」を添付してください。