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） | 受講番号・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。 |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
| 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　７年　３月１０日（月）までにご返送ください。