（様式第５号）

長野県介護支援専門員実務研修実習実施報告書

　　　　年　　月　　日

（長野県介護支援専門員研修指定研修実施機関）

社会福祉法人長野県社会福祉協議会会長　様

　 　事業所番号

　事業所名

　 　事業所代表者　　　　　　　　　　　　公印

　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。

記

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 受講者 | 受講番号 |  | | |
| フリガナ |  | | |
| 氏　　名 |  | | |
| 実習期間 | 実習期間 | 年　　月　　日～　　　年　　月　　日 | | |
| 時間数 | 時間 | | |
| 実習指導者氏名 |  | | 連絡先 |  |

※別紙実習Ⅱ記録シート（実習指導者用）を添付してください。

※受講者ごとに報告してください。