

※本用紙は、郵送にて提出してください。

(様式第4号)

(協力事業所)→(保健福祉振興財団)

熊本県介護支援専門員実務研修実習実施報告書

令和 年 月 日

(熊本県知事指定研修実施機関)

一般財団法人保健福祉振興財団理事長 様

事業所名

事業所番号

事業所管理者

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

事業所	担当者名													
受講者	受講番号													
	フリガナ													
	氏 名													
実習期間	実 習 日	令和	年	月	日									
		令和	年	月	日									
		令和	年	月	日									
		令和	年	月	日									
		令和	年	月	日									
実習指導者氏名				介護支援専門 員証登録番号										

※ 別紙3_実習記録シート（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。

※ 実習日は実際に受講者を受入れた期日を記入してください。