様式6－1

令和　　　　年　　　　月　　　　日

社会福祉法人　滋賀県社会福祉協議会　　会長　　市　川　忠　稔　　様

法人名

事業所名

事業所番号

事業所代表者名

介護支援専門員実務研修事業所実習報告書 兼　実習指導料請求書

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

記

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ① | フリガナ |  | | 受講番号 |  |
| 実習生氏名 |  | |
| 実習期間 | 令和７年１月２３日（木）～２月１８日（火） | | （　　　　　　　　　　日間） | |
| 実習内容 | ・訪　問　（　　　　　　　）回　　　　・事前の実習目標の設定（　　　　　　　）回  ・会　議　（　　　　　　　）回　　　　・事後の振り返り（　　　　　　　）回  ・模擬ケアプラン作成実習への助言および確認　（　　　　　　　）回 | | | |
| ② | フリガナ |  | | 受講番号 |  |
| 実習生氏名 |  | |
| 実習期間 | 令和７年１月２３日（木）～２月１８日（火） | | （　　　　　　　　　　日間） | |
| 実習内容 | ・訪　問　（　　　　　　　）回　　　　・事前の実習目標の設定（　　　　　　　）回  ・会　議　（　　　　　　　）回　　　　・事後の振り返り（　　　　　　　）回  ・模擬ケアプラン作成実習への助言および確認　（　　　　　　　）回 | | | |
| 実習内容・その他（実施内容等を箇条書きで記入してください） | | | | | |
| （サービス担当者会議への参加、利用者様宅訪問等） | | | | | |
| 実習担当者氏名 | | ①担当者 | ②担当者 | | |
| 実習指導料 | | ３，０００円　×　　　　　　　　　人　＝　　　　　　　　　　　　　円 | | | |

|  |  |
| --- | --- |
| 実習指導料　振込予定日 | |
| 3/10までに受付けたもの | 3月20日 |
| 3/19までに受付けたもの | 3月31日 |

・事業所の名称、事業所番号が「実務研修事業所実習受入証明書」に記載されます。年度途中で変更がありましたらご連絡ください。

・別紙【様式6-2】評価表と本用紙を一緒に、提出期限日までにご提出ください。（実習生が複数名の場合、その全ての実習が終わってからまとめてご提出ください。）

・経理担当者へ、振込予定をお伝えください。