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　渡邉光春　　様

法　人　名

事業所名

事業所番号

事業所代表者名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　印

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 | 平日コース：令和5年1月26日～令和5年2月17日 | （　　　　　　　　　　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 |
| ② | フリガナ |  | 受講番号 |  |
| 実習生氏名 |  |
| 実習期間 | 平日コース：令和5年1月26日～令和5年2月17日 | （　　　　　　　　　　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 |
| 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 |

以上

|  |
| --- |
| 振込予定日 |
| 10日までに受付けたもの | 当月の20日 |
| 20日までに受付けたもの | 当月の末日 |
| 30日までに受付けたもの | 翌月の10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。