長野県介護支援専門員実務研修ＯＪＴ実施報告書

　　　　年　　月　　日

（長野県指定介護支援専門員研修実施機関）

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ＯＪＴ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 |  | | |
| ＯＪＴ実施日 | 実施日 | 令和　　年　　月　　日  令和　　年　　月　　日  令和　　年　　月　　日 | | |
| 時間数 | 時間 | | |
| 指導者氏名 |  | | 連絡先 |  |

※記録シート（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。