様式第６号の５

実習修了証明書

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 研修実施期間 | | 【第　　回】　　　　年　　月　　日　～　　　　年　　月　　日 | | | | |
| 研修課程 | |  | | | | |
| 実習対象科目・時間  （細目番号・細目名） | |  | | | | 時間 |
| 事業者の担当講師 | |  | | | | |
| 実習内容 | |  | | | | |
| 実習受入施設・事業所 | |  | | | | |
|  | 所在地 |  | | | | |
|  | 設置者（法人名） |  | | | | |
|  | 施設・事業所名 |  | | | | |
|  | サービスの種類  ［根拠法］ | ［　□介護保険法　　　□その他（　　　　　　　　　　　　）　］ | | | | |
|  | 介護保険・障害福祉  事業所番号 |  | 当初の指定年月日 | 年　　月　　日 | | |
|  |  | 氏名 | 免許・資格の名称 | | 職種・業務内容 | 経験年数 |
|  | 施設の実習指導者 |  |  | |  | 年 |
|  | （実習受入担当者） |  |  | |  | 年 |
|  |  |  |  | |  | 年 |
|  | 実習実施時間 | 時　　　分　～　　　時　　　分［ 　　時間 ※休憩時間を除く］ | | | | |
|  | 受入期間 | 年　　月　　日　～　　　年　　月　　日 | | | | |
|  | 延べ受入人数 | 延べ　　　　　　　　名 | | | | |
|  | 延べ受入時間数 | 延べ　　　　　　　　時間 | | | | |

実習修了者名簿

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | 受講者氏名 | 実習時間 | 実習日 |  | 受講者氏名 | 実習時間 | 実習日 |
| 1 |  | 時間 | 月　　日 | 11 |  | 時間 | 月　　日 |
| 2 |  | 時間 | 月　　日 | 12 |  | 時間 | 月　　日 |
| 3 |  | 時間 | 月　　日 | 13 |  | 時間 | 月　　日 |
| 4 |  | 時間 | 月　　日 | 14 |  | 時間 | 月　　日 |
| 5 |  | 時間 | 月　　日 | 15 |  | 時間 | 月　　日 |
| 6 |  | 時間 | 月　　日 | 16 |  | 時間 | 月　　日 |
| 7 |  | 時間 | 月　　日 | 17 |  | 時間 | 月　　日 |
| 8 |  | 時間 | 月　　日 | 18 |  | 時間 | 月　　日 |
| 9 |  | 時間 | 月　　日 | 19 |  | 時間 | 月　　日 |
| 10 |  | 時間 | 月　　日 | 20 |  | 時間 | 月　　日 |

|  |
| --- |
| 上記のとおり、当施設において岐阜県介護員養成研修事業者指定要綱に定める内容に基づき、  （介護員養成研修事業者名）　が実施する介護員養成研修の受講者の施設等実習を実施・指導したことを証明します。  年　　　月　　　日  （施設設置者）法人名  代表者職氏名　　　　　　　　　　　　　　　　　㊞ |