|  |  |
| --- | --- |
| 受講番号 | 受講者氏名 |
|  |  |
| 実習受入事業所名 |  |

**令和６年度　介護支援専門員実務研修**

**見学・体験実習出席確認表**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 内　容 | 実習日 | 時　間 | 時間数 | 指導者  確認印 |
| インテーク | 月　　日（　　）  月　　日（　　）  月　　日（　　） | ～  ～  ～ |  |  |
| アセスメント | 月　　日（　　）  月　　日（　　）  月　　日（　　） | ～  ～  ～ |  |  |
| プランニング  （計画作成） | 月　　日（　　）  月　　日（　　）  月　　日（　　） | ～  ～  ～ |  |  |
| サービス  担当者会議 | 月　　日（　　）  月　　日（　　）  月　　日（　　） | ～  ～  ～ |  |  |
| モニタリング | 月　　日（　　）  月　　日（　　）  月　　日（　　） | ～  ～  ～ |  |  |
| 給付管理業務 | 月　　日（　　）  月　　日（　　）  月　　日（　　） | ～  ～  ～ |  |  |
|  | 月　　日（　　）  月　　日（　　） | ～  ～ |  |  |
|  | 月　　日（　　）  月　　日（　　） | ～  ～ |  |  |
|  |  | 計 | 時間 | |