

受講者が記入 → 指導者より確認印 → 受講者より事務局へ2月15日提出

受講番号	グループ番号	受講者氏名
実習受入事業所名		

令和3年度 介護支援専門員実務研修

見学・観察実習出席確認表

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