【様式６】

（受入協力事業所　→　研修実施機関）

愛媛県介護支援専門員実務研修　見学実習受入完了報告書（事業所用）

愛媛県社会福祉協議会会長　様

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　受入協力事業所名

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　事業所代表者名　　　　　　　　　　　　　　　㊞

　下記の者は、介護支援専門員実務研修における見学実習を完了したことを報告します。

１　見学実習実施状況

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| № | 受講者氏名 | 実習指導者氏名 | 実習期間 |
| １ |  |  | 月　　　日　～　　　月　　　日（　　日間） |
| ２ |  |  | 月　　　日　～　　　月　　　日（　　日間） |
| ３ |  |  | 月　　　日　～　　　月　　　日（　　日間） |

※受入人数が多い場合は、別紙で一覧表を添付してください。

２　請求金額　　　　　　　　　　　円　（２，０００円×　　人）

３　送金先**※必ずご記入ください。**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 金融機関名 |  | 支店名 |  |
| 預金種類 | 普通預金　・　当座預金 | 口座番号 |  |
| フリガナ |  |
| 口座名義 |  |

４　その他連絡事項

|  |
| --- |
|  |