別紙　–　８

事業所確認表

|  |  |
| --- | --- |
| **事業所名** |  |

１．今回の実務研修における**実習の指導に関わった全ての主任介護支援専門員（**秋田県に指導者として登録されている方）**の氏名を御記入ください。**

|  |  |
| --- | --- |
| 実際に実習にかかった日数又は、時間（全体） | 日数 |
| 時間 |
| 氏　名（介護支援専門員証登録番号） | 関わった実習の内容 | 関わった時間数 |
|  | 模擬　　見学・観察 |  |
|  | 模擬　　見学・観察 |  |
|  | 模擬　　見学・観察 |  |
|  | 模擬　　見学・観察 |  |
|  | 模擬　　見学・観察 |  |
|  | 模擬　　見学・観察 |  |

※　後に事務局より事業所宛てに「令和６年度介護支援専門員実務研修実習受入証明書」を送付させていただく際、氏名と（介護支援専門員証登録番号）を記載させていただくことになりますので、記入漏れのないよう注意してください。（証明書については、主任介護支援専門員更新研修の受講要件の証明書となります。）

※　登録番号、有効期間等の確認をしますので、**介護支援専門員証のコピーを添付してください**（複数の場合は１枚にまとめてください）。主任介護支援専門員（更新）研修の**修了証明書ではなく**介護専門員証のコピーを提出してください。

２．今回の実務研修における実習協力者の人数

|  |  |
| --- | --- |
| 項　目 | 人数 |
| 最初に予定していた実習協力者数 |  |
| 実際に協力いただいた実習協力者数 |  |
| 予定の実習協力者と変更になった人数 |  |

３．その他（自由に御記入ください）

|  |
| --- |
|  |