

【様式4】

記入例

## 実務研修実習生指導実績証明書

令和7年 ○月 ○日

法人名：

法人代表者名：

印

所在地：

作成担当者：

連絡先電話番号：

次の者について、介護支援専門員実務研修の実習において、実習生を受け入れ、指導を担当したことを証明します。

申込者氏名	那覇 一郎	介護支援専門員番号	47123456
事業所名	●●居宅介護支援センター	事業所番号	4712345678

### 実習生指導実績

	実習生氏名	実習期間	指導内容（見学・観察実習） （指導したプロセス場面全てに☑） ※模擬ケアプラン作成は含まれません。	時間数
1	沖縄 太郎	R7/2/3~2/14	<input checked="" type="checkbox"/> インテーク <input checked="" type="checkbox"/> アセスメント <input checked="" type="checkbox"/> プランニング <input checked="" type="checkbox"/> モニタリング <input type="checkbox"/> サービス担当者会議の準備 <input type="checkbox"/> 給付管理方法 <input type="checkbox"/> その他 ( )	11
2	沖縄 花子	R7/2/3~2/14	<input checked="" type="checkbox"/> インテーク <input checked="" type="checkbox"/> アセスメント <input checked="" type="checkbox"/> プランニング <input checked="" type="checkbox"/> モニタリング <input type="checkbox"/> サービス担当者会議の準備 <input type="checkbox"/> 給付管理方法 <input type="checkbox"/> その他 ( )	4
3			<input type="checkbox"/> インテーク <input type="checkbox"/> アセスメント <input type="checkbox"/> プランニング <input type="checkbox"/> モニタリング <input type="checkbox"/> サービス担当者会議の準備 <input type="checkbox"/> 給付管理方法 <input type="checkbox"/> その他 ( )	
研修時間合計 ※12時間以上必須				15 時間

※本証明書には、沖縄県介護支援専門員「実務研修実習同意書」「見学・観察実習記録用紙（指導を行ったプロセス場面分）」写しも合わせて提出してください。

※通算2日相当（12時間相当）以上の指導を行った場合該当します。

#### 【記入上の注意】

- 申込者が自書した場合、本証明書は無効となります。必ず法人の管理者や、証明権限を有する方が作成してください。
- 複数の指導実績が有る場合は、それぞれ記入してください。