年　　月　　日

別添様式２

香川県知事　殿

|  |  |
| --- | --- |
| 所在地 |  |
| 事業所名称 |  |
| 代表者氏名 |  |

（※押印不要）

介護支援専門員実務研修実習特例措置対象者ＯＪＴ等実施報告書

　下記の介護支援専門員のＯＪＴ等の実施結果について、下記のとおり報告します。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 実務研修実習特例措置対象者記入欄 | フリガナ |  | 介護支援専門員登録番号 |
| 氏　　名 |  |  |
| ＯＪＴ等実施日（３日間） | １日目 | 年　　月　　日 |
| ２日目 | 年　　月　　日 |
| ３日目 | 年　　月　　日 |
| ＯＪＴ等の内容 |  |
| ＯＪＴ等を受けての学び、気づき、考察 |  |
| 事業所指導者記入欄 | 事業所指導者からのコメント |  |
| 指導者氏名 |  | 職種等 |  |
| 指導者介護支援専門員登録番号 |  | 連絡先 |  |

（注意事項）

**介護支援専門員として、就業後１ヶ月以内に提出をすること。**

記入内容が１枚に収まらない場合は、複数枚に分けて記入することは差し支えないが、番号を付すこと。

令和６年４月２２日

記入例

別添様式２

香川県知事　殿

|  |  |
| --- | --- |
| 所在地 | 高松市番町四丁目１番１０号 |
| 事業所名称 | うどん県居宅介護支援事業所 |
| 代表者氏名 | 香川　太郎 |

　　　（※押印不要）

介護支援専門員実務研修実習特例措置対象者ＯＪＴ等実施報告書

　下記の介護支援専門員のＯＪＴ等の実施結果について、下記のとおり報告します。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 実習特例措置対象者記入欄 | フリガナ | カイゴ　シエン | 介護支援専門員登録番号 |
| 氏　　名 | 介護　支援 | ３７２３０９９９ |
| ＯＪＴ等実施日（３日間） | １日目 | 令和６年４月５日 |
| ２日目 | 令和６年４月１２日 |
| ３日目 | 令和６年４月１９日 |
| ＯＪＴ等の内容 | ※上記３日間に受けたOJT等について具体的に記載してください。 |
| ＯＪＴ等を受けての学び、気づき、考察 | ※OJT等を受けての学びや気づき等を具体的に記載してください。 |
| 事業所指導者記入欄 | 事業所指導者からのコメント | ※上記記載に対するコメント等を具体的に記載してください。 |
| 指導者氏名 | 讃岐　花子 | 職種等 | 主任介護支援専門員 |
| 指導者介護支援専門員登録番号 | ３７０５００００ | 連絡先 | 087-832-3275 |

（注意事項）

**介護支援専門員として、就業後１ヶ月以内に提出をすること。**

記入内容が１枚に収まらない場合は、複数枚に分けて記入することは差し支えないが、番号を付すこと。