様式４

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　年　　月　　日

社会福祉法人高知県社会福祉協議会

会長　井奥　和男　　様

所在地

　　　名　称

代表者氏名　　　　　　　　　　印

介護支援専門員実務研修見学実習終了報告書

　介護支援専門員実務研修見学実習の結果について、下記のとおり報告いたします。

１．実習終了報告（実習実施事業所名：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | 氏名 | 実習期間 | 状況 | 見学件数（実績） | |
| １ |  |  | □完了  □中止  □未実施 | インテーク場面 | 件 |
| 担当者会の場面 | 件 |
| モニタリング場面 | 件 |
| ２ |  |  | □完了  □中止  □未実施 | インテーク場面 | 件 |
| 担当者会の場面 | 件 |
| モニタリング場面 | 件 |

※中止：実習を開始した後、実習生の都合により、実習が完了できなかった状況のこと

未実施：実習を開始できなかった状況のこと

※中止又は未実施の事由が発生した場合は、その理由（状況）を添付ください。

２．実習費振込口座

|  |  |
| --- | --- |
| 請求金額 | 円（内消費税額　　　　円、10％対象）  内訳：＠3,000円×　　名 |
| 振込口座 | 銀行名：  支店名：  種別　 ：　普通　・　当座  口座番号：  口座名義（ふりがな）： |
| インボイス登録 | あり　　なし　（どちらかに〇をつけてください。）  ⇒ありの場合、登録番号 |

　　　※実習費請求の積算には、実習中止となった場合を含む。（未実施は含まない）

※消費税額の算出は、次の計算式によるものとする。

　　　　　税込合計金額×10/110＝消費税額（円未満四捨五入）