

受付番号

書類作成日を記入

〇〇年〇月〇日

山形県知事 殿

申請者 所在地 山形県山形市松波〇丁目〇番〇号
同 名称 社会福祉法人〇〇〇会
代表者 職 氏名 理事長 山形太郎

介護福祉士の実地研修 実施結果報告書

介護福祉士の実地研修について、下記の通り実施したので、施行規則第26条の3第2項の規定に基づき報告します。

Table with columns for registration number, applicant information, implementation details (venue, dates, participants, activities), and contact information for the training officer.

※ 実施結果の欄が不足する場合には適宜行を追加のうえ作成すること。
※ 介護福祉士の喀痰吸引等実地研修 修了者管理簿（参考様式3）を添付すること。