

(別紙様式2の2)

職場研修実績報告書

事業所名：訪問介護員として勤務する(予定の)場所を記入

介護保険事業者番号(訪問介護)：430000000000

担当者名：●●●●

電話番号：096-000-0000

研修実施日時	実施場所	科目名	受講者氏名
令和 ●年 ●●月●●日(●) 10時～14時 (3時間) ※()には休憩時間は含めない	ヘルパー ステーション●●	科目名：介護の基本 担当講師名：○○○○	●●●● ▲▲▲▲
平成 年 月 日() 時～ 時 (時間)		科目名： 担当講師名：	●●●● ▲▲▲▲
平成 年 月 日() 時～ 時 (時間)		科目名： 担当講師名：	●●●● ▲▲▲▲