（別記第１５号様式）

重度訪問介護従業者養成研修

実習修了証明書

　貴団体から依頼のあった下記の受講生について、所定の実習を修了したことを証明します。

|  |  |
| --- | --- |
| 受講者氏名 | 実習状況 |
| （対応科目の番号(※)） | （対応科目の番号(※)） | （対応科目の番号(※)） |
|  | 月　　日 | 月　　日 | 月　　日 |
| 時間 | 時間 | 時間 |
|  | 月　　日 | 月　　日 | 月　　日 |
| 時間 | 時間 | 時間 |
|  | 月　　日 | 月　　日 | 月　　日 |
| 時間 | 時間 | 時間 |
|  | 月　　日 | 月　　日 | 月　　日 |
| 時間 | 時間 | 時間 |
|  | 月　　日 | 月　　日 | 月　　日 |
| 時間 | 時間 | 時間 |
|  | 月　　日 | 月　　日 | 月　　日 |
| 時間 | 時間 | 時間 |
|  | 月　　日 | 月　　日 | 月　　日 |
| 時間 | 時間 | 時間 |
|  | 月　　日 | 月　　日 | 月　　日 |
| 時間 | 時間 | 時間 |
|  | 月　　日 | 月　　日 | 月　　日 |
| 時間 | 時間 | 時間 |
|  | 月　　日 | 月　　日 | 月　　日 |
| 時間 | 時間 | 時間 |

※　対応科目の番号は次のとおり

１　基礎的な介護と重度の肢体不自由者とのコミュニケーションの技術に関する実習

２　外出の介護技術に関する実習

３　重度の肢体不自由者の介護サービス提供現場での実習

　　　　　年　　月　　日

所在地

実習事業所等名

実習事業所等の長名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　印