　　令和元年　　月　　日

鹿児島県社会福祉協議会会長　殿

　　　　　　　　　　　　　　　事業所名

　　　　　　　　　　　　　　　所在地

　　　　　　　　　　　　　　　代表者職・氏名　　　　　　　　　　　法人印

下記の者について，認知症介護実践リーダー研修における実習を修了した

ことを確認しましたので，別添のとおり報告書を提出します。

記

１　受講者氏名　（　　　　　　 　　）

２　提出物

１）自施設実習計画書

２）認知症ケア指導計画書

３）自施設実習報告書

４）実習記録（１８日分）

５）その他実習で使用した資料等