【参考様式１】※市が研修を実施し、事業所で実習のみ行った場合

令和　　年　　月　　日

岩国市長　様

訪問型サービスタイプ２従事者の資格要件における一定の研修　実習記録

事業所名

修了者名

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 研修内容 | 実施日 | 　　事例数 | 講師名 |
| 同行実習 | 　　　月　　日月　　日　　　月　　日 | 　　　　　事例 |  |

所在地

事業者

代表者

本件責任者

担当者

連絡先

※この記録は市が実施する研修において、タイプ２の事業所で受講者が実習を修了した場合に、事業所から岩国市高齢者支援課に提出してください。この実習記録を受けて受講者に修了証を発行します。