NO.

　年　　月　　日　時　点

（申請書提出の過去一年以内の状況を記載のこと）

実習施設等の概要

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 施設名 |  | | |
| 設置年月日 |  | | |
| 施設長名 |  | 設置主体 |  |
| 所在地 |  | | |
| 電話番号 |  | | |
| 入所定員 |  | | |
| 主な設備 |  | | |

（介護実習Ⅱに該当する場合のみ記入）

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 介護福祉士  の配置状況 | 常勤の介護職員 | うち介護福祉士 | | 介護福祉士の  占める割合 |
| 人 | 人 | | ％ |
| マニュアル等  の整備状況 | 実習指導マニュアル | | 有　　　無 | |
| 介護サービス提供のためのマニュアル | | 有　　　無 | |
| 介護過程に関する諸記録 | | 有　　　無 | |
| 研修計画の有無 | | 有　　　無 | |