様式3

平成29年度　第4回認知症介護実践研修(実践者研修)

総合リハビリテーションセン

ター　福祉のまちづくり研究所　研修課

|  |  |
| --- | --- |
| **実習計画書（自施設実習）　（　　　）週目** | **整理番号：　29実　4　－** |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 実習期間 （実績） | 年　　月　　日（　　）～　　月　　日（　　）  （　　　　）日間／全（　　　　）日間の内 | 氏名 |  | （　　　班） |
| 事業所名 |  | サービス 種別 |  | |
| 実習目標 |  | | | |
| 実践計画 |  | | | |
| 週目標 |  | | | |
| 具体的な実践内容（週計画） | | | | |
| 日　時 | 実施内容 | 気づき・考察等 | | |
|  |  |  | | |
| 週のまとめ | | | | |