様式3

2020年度　第2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　研修センター

**実習計画・実施書（自施設実習）　（　　　　）週目**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 総実習日数 | 全（）日間※1～4週の実習期間全てを足した日数。（4週分共に同じ日数が入ります。） | 氏名 |  |
| この週の実習期間・日数 | 年月日（）～月日（）（）日間　※実習期間と日数は必ず同じ。 | 整理番号 | 　**20実　2**－  |
| この週の出席月日※横書き | 　　月　　日 | 　　月　　日 | 　　月　　日 | 　　月　　日 | 班 | 　　　　　班 |
| 　　月　　日 | 　　月　　日 | 　　月　　日 | 　　月　　日 |
| 　　月　　日 | 　　月　　日 | 　　月　　日 | 　　月　　日 |
| 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 |