|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **施設・事業所名** |  | **受講者氏名** |  |
| **サービス種別** |  | **整理番号** |  20リ 2 － 　　　－ |

|  |  |
| --- | --- |
| **実習目標** |  |
| **認知症ケアの理念** |  |
| **自施設実習について（取組理由、実践・展開方法）** |
| **実習でできたこと（実践結果の整理）** |
| **実習でできなかったこと（実践結果の整理）** |
| **実践者に対する評価（考察）** |
| **あなたが実習を通じて学んだこと** |
| **自施設実習でうまれた新たな課題（今後達成すべき内容）****何をする　『　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　』****その理由は、『　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　』****その方法は、『　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　』** |

**プロフィール**※　氏名、整理番号、自施設事業所名、サービス種別は必須。

その他、共に研修を受講した受講者に向けたメッセージを自由に記載して下さい。

氏名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　整理番号　20リ 2 －

自施設事業所名

サービス種別