

送信は1回のみ(同じものを2度送信しない。受信確認は各自行う。)

認知症介護実践研修(実践者研修)
別紙3

表紙等は付けずに本紙1枚のみを送付 → FAX 078-925-4657

自施設実習 計画書

提出 1回目:研修5日目課題設定後 / 2回目:実習最終報告時

事業所・施設名		役職・所属長名	
受講者氏名・班	()班	役職・上司名	
整理番号	21 実 ____ - ____	※自施設 TEL	- -
		※自施設 FAX	- -

※間違いのないよう TEL・FAX を記入してください。

1. 目指すべき生活像(目標) ※実習期間中(28日間以上)に達成可能な目標にすること。

2. 実践計画内容 ※①実践計画、②評価を記入。評価は何をもって行うかを具体的に記入すること。

3. 実習協力者への説明内容(年 月 日実施)

4. 自施設実習計画 【 実習期間 ____ 年 ____ 月 ____ 日 ~ ____ 年 ____ 月 ____ 日 】

週目標	具体的な実践内容(いつ・どこで・何を・どのように)	週のまとめ
1 週目 目標 自 ____ 月 ____ 日(____) 至 ____ 月 ____ 日(____) ㉠(____)日間		上司確認欄
2 週目 目標 自 ____ 月 ____ 日(____) 至 ____ 月 ____ 日(____) ㉡(____)日間		上司確認欄
中間報告提出日 ____ 月 ____ 日(____) ~ ____ 月 ____ 日(____) 計(____)日間 ※2週目の半分以上後から2週目の終了まで(3日間程度)		
3 週目 目標 自 ____ 月 ____ 日(____) 至 ____ 月 ____ 日(____) ㉢(____)日間		上司確認欄
4 週目 目標 自 ____ 月 ____ 日(____) 至 ____ 月 ____ 日(____) ㉣(____)日間	指導者確認欄	上司確認欄
㉤ 全(____)日間 ※㉤ = ㉠ + ㉡ + ㉢ + ㉣	←日数は実習日数(全28日間以上必要)を記入してください。(出席日数を記入しないこと) (「各週における自~至の連続した期間(日数)」と「㉠又は㉡又は㉢又は㉣」は同じ日数を記入)	

鉛筆書きのみ可。濃くはっきりと記入する。