様式2

2025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　研修センター

実 習 出 席 表

整理番号　25実4 －

所属（施設・事業所名）

氏名　　（　　班）

実　習　月　日	受講者 本人印	所属長(施設責任者) 確認印
／		
／		
／		
／		
／		
／		
／		
／		
／		
／		

実　習　月　日	受講者 本人印	所属長(施設責任者) 確認印
／		
／		
／		
／		
／		
／		
／		
／		
／		
／		

※実習期間は28日以上（内出席20日以上）のため、押印が20個未満のものは不可。 ※出席が20日以上であっても押印は20日分で可。
※1日とは、就業規則で定める常勤職員の1日の勤務時間数かつ7時間以上になります。
※所属長の押印は、自身が所属長の場合は法人代表者等上長の印が必要です。

◇所属長評価◇該当する番号に〇印をつけてください。

・実習を通して、認知症利用者の行動に変化・改善が見られましたか？

①　②　③　④　⑤

見られた　　見られなかった

・実習を通して、受講者は認知症利用者への接し方に変化が見られましたか？

①　②　③　④　⑤

見られた　　見られなかった

所属長役職

所属長氏名　　印

鉛筆書き等不可。ボールペンで記入してください。