送信は 1 回のみ(誤送信時は連絡してください。受信確認はご遠慮ください。)

認知症介護実践研修(実践者研修)

別紙 4

表紙等は付けずに本紙 1 枚のみを送付 → FAX 0791-58-1095

自施設実習 中間報告書

【自施設実習期間 年 月 日～ 年 月 日】

事業所・施設名		役職・所属長名	
受講者氏名		役職・上司名	
受付番号	21 実 西 －	班番号	班

中間報告提出日 ※期間外の提出は修了できないことがあります。

中間報告提出日	月 日( )～ 月 日( ) 計( )日間
自施設 FAX 番号	－ －

※中間報告提出日は、通常、別紙 3 と同じ日を記入してください。変更がある場合、必ず事前に連絡してください。
※自事業所 FAX 番号は必ず記入してください。

【中間報告】 ※受講者が記入

▲▲▲ここまでを記入後 FAX してください。▲▲▲ ※以上が中間報告になります。

【中間報告における講師コメント】 ※講師が記入

FAX で返却された講師コメントを原本に書写してください。

【講師コメントに対する受講者の返答】 ※受講者が記入

実習終了後に講師コメントに対する受講者の返答を記入して、最終報告として原本を提出してください。

ボールペンで記入する。