

認知症介護実践者研修 自施設実習の報告

ファクシミリ送付のご案内 期限：平成 30 年 月 日 ( ) 迄

送付先事業所名： 発信元事業所名：

指導者名： 研修生名：

FAX 番号： FAX 番号：

電話番号： 電話番号：

要件： 送付日： 送付枚数

**自施設実習の報告について** 月 日 枚(本紙含)

\* 別紙 1、2「自施設実習用アセスメントシート」  
別紙 3「ひもときシート」:(A4に縮小) 別紙 4「自施設実習計画書」の 4 枚  
を添付のこと

平成 30 年度 岩手県認知症介護実践者研修 自施設実習の報告

1 実習は予定どおり進めることができそうですか(実習課題設定どおり進められますか)

a. はい b. いいえ

b を選んだ方は理由を記入してください

[ ]

2 実習を始めてみて、困ったこと、想定外の出来事がありましたか

a. ある b. 今のところない

a を選んだ方は内容を記入してください

[ ]

3 指導者へ相談したいこと等があれば記入してください