

(様式7)

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：令和 元 年 月 日 ()迄

送付先事業所名：

発信元事業所名：

指導者名：

受講者名：

FAX 番号：

FAX 番号：

電話番号：

電話番号：

要件	認知症介護実践者研修 自施設実習の報告について		
送付日	月 日	送付枚数	枚 (本紙含)

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

令和元年度 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