認知症介護実践者研修　**FAX 報告様式**　　（様式８）

ファクシミリ送付のご案内　　期限：令和　　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２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、想定外の出来事はありましたか

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