認知症介護実践研修（実践者研修）

送信は1回のみ（同じものを2度送信しない。受信確認は各自行う。）

別紙2

表紙等は付けずに本紙1枚のみを送付　→　FAX　078-925-4657

提 出　1回目：研修3日目後／2回目：研修4日目昼以降／3回目：実習最終報告

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 施設・事業所名 | 職場実習計画書 | 役職・所属長名 |  |
| 受講者氏名・班 | （　　　）班 | 役職・上司名 |  |
| 整理番号 | 24実 　2　　 － 　　　　 | ※自職場**TEL** | －　　　　　　　－ |
| ※間違いのないようTEL・FAXを記入してください。 | ※自職場**FAX** | －　　　　　　　－ |

１．目指すべき生活像（目標）　※実習期間中（28日間以上）に達成可能な目標にすること。

２．実践計画内容　※①実践計画、②評価を記入。評価は何をもって行うかを具体的に記入すること。

３．実習協力者への説明内容（　西暦20　　　　年 月 　日実施）

４．職場実習計画　　【　職場実習期間　　西暦20　　　年　　　月　　　日　～　　　　　　　年　　　月　　　日　】

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 週目標 | 具体的な実践内容（いつ・どこで・何を・どのように） | 週のまとめ |
| 1週目　目標 |  |  |
| 自　　　月　　　日（　　　）至　　　月　　　日（　　　）（　　　　）日間 |  | 上司確認欄 |
| 2週目　目標 |  |  |
| 自　　　月　　　日（　　　）至　　　月　　　日（　　　）（　　　　）日間 |  | 上司確認欄 |
| 中間報告提出日　　　月　　　日（　　）～　　　月　　　日（　　）　計（　　　）日間※2週目の半分以上後から2週目の終了まで　（3日間程度） |
| 3週目　目標 |  |  |
| 自　　　月　　　日（　　　）至　　　月　　　日（　　　）（　　　　）日間 |  | 上司確認欄 |
| 4週目　目標 |  |  |
| 自　　　月　　　日（　　　）至　　　月　　　日（　　　）（　　　　）日間 |  | 指導者確認欄 |  | 上司確認欄 |
| 　全（　　　　）日間※ = + + +  | 　←日数は実習日数（全28日間以上必要）を記入してください。（出席日数を記入しないこと）（「各週における自～至の連続した期間（日数）」と「又は又は又は」は同じ日数を記入） |