

【 他 施 設 実 習 計 画 書 ・ 報 告 書 】

認知症介護実践者研修

事業所名：	受講 No.	氏名：
日 時：令和 年 月 日（ ）	実習時間 開始	： ～終了：
他施設実習先住所・事業所名：		

(1) 職場実習の取り組み < 対象者の目指すべき生活像 >

--

(2) 職場実習の取り組み < ご本人の生活上の課題とケア内容 >

課題	目標	ケア内容

(3) 他施設実習の目標

職場実習の取り組みについて、課題、目標、ケア内容について進捗状況を説明し、助言をもらう。 助言内容を、自施設実習および今後の課題に生かす。
--

実習報告（ 実習を通して気付いたこと・学んだこと・今後実践してみたいこと等 ）

実習受入れ 事業所から (実習担当者) コメント	実習ご担当者お名前：_____