

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： (第 期 出席番号： )
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 3 年度 岩手県認知症介護実践者研修 自施設実習の報告**

- 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)
  - はい
  - いいえ
 b を選んだ方は理由を記入してください  
 [ ]
- 実習を始めてみて、困ったこと、想定外の出来事ありましたか
  - ある
  - 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  
 [ ]
- 指導者へ相談したいこと等があれば記入してください