岩手県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： （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　職場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「職場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「職場実習計画書」の４枚を添付のこと

令和４年度　岩手県認知症介護実践者研修　職場実習の報告

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