

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」(A 4 に縮小)、様式 4「職場実習計画書」の 4 枚を添付のこと

令和 5 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、想定外の出来事がありましたか
 - 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