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