

## 【 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 事業所名・住所：		

## (1) 職場実習の取り組み &lt; 対象者の目指すべき生活像 &gt;

--

## (2) 職場実習の取り組み &lt; ご本人の生活上の課題とケア内容 &gt;

課題	目標	ケア内容
<div style="border: 1px solid black; padding: 10px; width: fit-content; margin: 0 auto;">           演習シート3 職場実習 ケア実践計画書 参照         </div>		

## (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： _____