

【 他施設実習計画書・報告書 】

事業所名：		受講No.	氏名：
実習日時: 1日目 月 日 2日目 月 日			
他施設実習先事業所名：			
他施設実習の目標 ①リーダー研修修了者が実践している認知症ケアの能力に関する評価方法や認知症ケア指導の実際を学ぶ （リーダー研修修了者がいない場合は自法人内のキャリアアップシステム（人勢育成の仕組み）を確認する。法人内の役職者が職員に対して育成している場面の見学を行い、育成で意識して取り組んでいること、工夫しているところを学ぶ。例）育成場面への立ち会いが難しい場合は、どのように行っているか聞き取る、面接シート、チェックシート等の評価様式や教育要綱等などを活用しているか確認する。） ②自施設実習の取り組みや進捗状況を説明し助言を得る。			
1日目		2日目	

(3)他施設実習報告 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）

実習受け入れ事業所から （実習担当者）コメント	実習担当者氏名：