|  |
| --- |
| **R7第１回認知症介護実践研修（実践者研修）　　　職場実習中間報告書** |

送信先：**岡山県社会福祉協議会 福祉人材支援班　長田（ナガタ）**　宛

**FAX番号086-226-3557**　**送付状は付けずに、FAXにて提出して下さい**。

**令和7年8月16日（土）～8月24日（日）の間にFAXして下さい。**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **受講番号** | | **-** | | **グループ番号** |  | **氏　　名** |
| **事業所名** | |  | | | |  |
| **対象利用者 の概要** | | | □入所・居住系サービス　　　　　□通所系サービス  ※どちらかに☑ | | | |
|  | | | |
| **実習協力者への説明状況**  **（カンファレンス等の状況）** | | |  | | | |
|  | 資料名 | | | | 作成済み☑ | 作成する上で苦労したこと |
| 資料作成状況 | 職場実習用アセスメントシート（別紙１） | | | |  |  |
| ケア実践計画書（別紙２） | | | |  |
| 職場実習計画書（別紙３） | | | |  |
| **これからの実践上で工夫したいこと** | | |  | | | |
| **□ 講師からの助言を希望**  **（必要な方はチェックして、講師に聞きたい内容を具体的記入し、連絡方法として連絡先の電話番号・ﾒｰﾙｱﾄﾞﾚｽ・連絡希望時間帯等を併せてご記入ください。グループ担当の指導者より連絡いたしますので、着信番号が知らない番号の場合がございますので、ご留意ください）** | | | | | | |

* **ボールペンで、濃く読みやすい字で記入してください。**