様式６　他施設実習報告書

平成30年度認知症介護実践リーダー研修

施設名：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　氏名：

|  |  |
| --- | --- |
| 実習日（2日間） | 平成　　　年　　　月　　　日（　　）～　　　月　　　日（　　） |
| 実習目標 |  |
| 一日目の流れ | 考察（参考になった点・気付いた点） | 二日目の流れ | 考察（参考になった点・気付いた点） |
| 8:309:0010:0011:0012:0013:0014:0015:0016:0017:0018:0018:30 |  |  | 8:309:0010:0011:0012:0013:0014:0015:0016:0017:0018:0018:30 |  |  |

|  |
| --- |
| ＜反省・まとめ＞ |
| 　 | 当施設において他施設実習の課題を修了したことを証明します　　施設名：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　役職・氏名：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　㊞ |

**11月７日（水）「報告とまとめ」の際に原本で提出ください。**