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） |
| 8:30  9:00  10:00  11:00  12:00  13:00  14:00  15:00  16:00  17:00  18:00  18:30 |  | |  | 8:30  9:00  10:00  11:00  12:00  13:00  14:00  15:00  16:00  17:00  18:00  18:30 |  |  |

|  |  |
| --- | --- |
| ＜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１４日（水）「報告とまとめ」の際に原本で提出ください。**