|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 自施設実習期間 | 令和　　　年　　　月　　　日（　　　）　～　令和　　　年　　　月　　　日（　　　）　　　　　　　　　　日間 | | | | |
| 施設・事業所名 |  | | 氏　名 |  | |
| 施　設　種　別 |  | | 職　名 |  | |
| 所属長名 |  | | 役職名 |  | |
| 1．目指すべき生活像（目標） | | | | | |
|  | | | | | |
| 2．実践計画内容 | | | | | |
|  | | | | | |
| 3．実習協力者への説明内容（令和　　　年　　　月　　　日実施） | | | | | |
|  | | | | | |
| 4．自施設実習計画 | | | | | |
| 週目標 | | 具体的な実践内容  （いつ・どこで・何を・どのように） | | | 週のまとめ |
| 【1週目】 | |  | | |  |
|  | |
| 【２～３週目】 | |  | | |  |
|  | |
| 【４～５週目】 | |  | | |  |
|  | |
| 【６週目】 | |  | | |  |
|  | |

様式１

令和３年度新潟県認知症介護実践者研修（第５回・長岡地区）