|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 自施設実習期間 | 令和　　　年　　　月　　　日（　　　）　～　令和　　　年　　　月　　　日（　　　）　　　　　　　　　　日間 | | | | |
| 職　名 |  | | 氏　名 |  | |
| 施設・事業所名 |  | | 施設種別 |  | |
| 1. **前半（１～３週）の実習計画** | | | | | |
| 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. **前半（１～３週）の実施状況** | | | | | |
| ①　週目標はどのくらい達成できましたか？該当する達成状況を選択して○をつけてください。 | | | | | |
| **よくできた　・　まあまあできた　・　すこしできた　・　できなかった** | | | | | |
| ②　①で選択した達成状況について、現状とこれからの課題を簡潔に記載してください | | | | | |
|  | | | | | |
| ③　今後の実習について、②で挙げた課題の解決や実践計画の修正等について、簡潔に記載してください | | | | | |
|  | | | | | |
| ④　指導者・事務局への質問や相談事項を記載してください（ない場合は「特になし」と記載） | | | | | |
|  | | | | | |

令和２年度新潟県認知症介護実践者研修（第１回・長岡地区）