|  |
| --- |
| **令和５年度　宮城県認知症介護実践リーダー研修****第　期　自施設実習の経過報告** |
| ファクシミリ送付のご案内 | 期限：令和　年　月　日（　）迄 |
| **要件：自施設実習の経過報告について** | 送付日：令和　　年　　月　　日送信枚数：　　　　　枚（本紙含） |
| 送信事業所名 |  | 発信元事業所名 |  |
| 担当指導者名 |  | 研修生名 |  |
| 電話番号 |  | 電話番号 |  |
| ＦＡＸ番号 |  | ＦＡＸ番号 |  |
| □ご確認下さい　　　　□ご返信下さい　　（どちらかに✔を入れて下さい） |
| ※ご返信下さいにチェックを入れた、もしくはご質問・ご相談がある場合に、担当指導者からご連絡する際のご都合の良い日にち・時間帯を下記にご記入下さい。 |
| 1. 令和　　年　　　月　　　日　　　　時頃
 | 1. 令和　　年　　月　　日　　　　時頃
 |

１．実習は予定どおり進んでいますか（実習計画書どおり進んでいますか）

ａ．はい　　　　　　　　　　　　　　　　ｂ．いいえ

ｂ．を選んだ方は理由を記入してください

**２．実習を進めてみて、困ったこと、想定外の出来事はありましたか**

ａ．ある　　　　　　　　　　　　　　　　ｂ．今のところない

　ａ．を選んだ方は内容を記入してください

３．指導者へ相談したいこと等があれば記入してください

**４．実習をはじめて２週間経過時点での率直な感想をお聞かせください**

※添付資料（ケア評価表）も一緒に送信してください。