2019年度　認知症介護実践研修（実践者研修）　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　一般社団法人静岡県介護福祉士会

**認知症介護実践者研修　実習計画書**

グループNo.　　　　受講No.　　　　　氏名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　実習施設名

|  |
| --- |
| 1ヶ月の目標 |
| 実習日 | 誰が　/　誰と | どこで | 取り組み内容 |
| 1週目/～/ | 私 | 事業所 | 所属長、チームメンバーに実習計画を説明し、協力を求める　 |
| 2週目/～/ |  |  |  |
| 3週目/～/ |  |  |  |
| 4週目/～/ |  |  |  |