|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| １．1ヶ月支援した結果どのようになりましたか   |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | | １か月の目標： | | | | | １か月の実施結果 | ※実施  評価 | 対象者の状態 | ※状態  評価 | |  |  |  |  |   ※評価　　よくできた…◎　　できた…○　　あまりできなかった…△　　できなかった…×  ２．その結果の要因は何ですか  ３．研修を受講しての気づきと、今後どのように取り組みたいと思いますか |
| 所属長等確認欄  コメント：  この受講者は、上記のとおり、自施設実習を行いました。　　役職・氏名 |

令和6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

**自施設実習報告書**

**事業所名：　　　 　　　　　　　　　　　　　　　　　受講NO：　　　受講者氏名：**

※実習報告会までに記入し、計画書・経過表と一緒に提出する。

※所属長確認欄に、手書きでサインをもらい、原本を事務局へ提出する。

※「１．支援した結果」の詳細がわかる補足資料を必ず添付すること。