|  |
| --- |
|  **認知症介護実践研修（実践者研修）　　　　　中間状況報告書** |

　　　送信先：**岡山県老人保健施設協会 認知症介護実践研修事務局**　宛

**FAX（送付状不要）またはメールにて提出して下さい**。

**FAX番号 050-3588-1927 　 E-mail** oky-jissenken@fukujyu.or**.jp**

**令和5年7月27日（木）～　7月31日（月）の間に提出して下さい。**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **受講番号** | **－** | **氏　　名** |
| **事業所名** |  |  |
| **対象利用者の概要** | □入所・居住系サービス　　　　　□通所系サービス　　※どちらかに☑ |
|  |
| **前半を振り返っての自己評価** |  |
| **後半に向けた****修正や****今後の計画・****実践で****工夫したいこと** |  |
| **指導者からの助言を希望する方はチェックして下さい。****□ 講師からの助言を希望　　　　　　　　　　　　□ 講師の施設への訪問支援を希望****以下に、助言希望する内容を記入してください。また、必要に応じて状況の分かる資料等を添付ください。** |
| **※助言希望者は必須****連絡方法として連絡先の電話番号・ﾒｰﾙｱﾄﾞﾚｽ・連絡希望時間帯等をご記入ください。**★実習の進捗状況によっては、講師側の判断で訪問支援を実施させていただくことがあります。 |

* **ボールペンで、濃く読みやすい字で記入してください。**