

実 習 実 施 計 画 書

事業者名 医療法人 天百合会

研修事業の名称 介護職員初任者研修

(実施方法)

--

1. 施設・居住系実習

実施期間	年 月 日～		年 月 日	
時間数	時間× 日＝ 時間			
内容				
サービス種別	整理番号	実習施設名	実習指導者名	実習者人数
				名 (1日 名)
				名 (1日 名)
				合計 名

2. 通所事業所実習

実施期間	平成27年 7月 6日～		平成27年 7月 13日	
時間数	6 時間× 1 日＝ 6 時間			
内容	受講生2名に対して指導員がついて1日の業務を経験する。 オリエンテーション、見学及び介助実習（バイタルチェック、入浴時の着脱介助、食事介助、排泄介助、移動・移乗、レクリエーション他） まとめ			
サービス種別	整理番号	実習施設名	実習指導者名	実習者人数
通所リハビリテーション	1	ふるたクリニック	濱田 孝人	10名 (1日 2名)
通所介護	2	デイサービス優花	水口 智子	10名 (1日 2名)
通所介護	3	デイサービスセンター優美庵	酒匂 昭如	10名 (1日 2名)
				合計 30名

3. 訪問介護実習

実施期間	年 月 日～		年 月 日	
時間数	時間× 日＝ 時間			
内容				
サービス種別	整理番号	実習施設名	実習指導者名	実習者人数
				名 (1日 名)
				名 (1日 名)
				合計 名

* 整理番号欄は、実習施設一覧の整理番号を記載する。

* 必要に応じて欄を加除して作成してかまわない。

* 「1 職務の理解」, 「10 振り返り」の「見学」は日程表の会場欄に見学先を記載すればよい。