高知県介護支援専門員実務研修　見学実習計画書（記入例）

　　　年　　　月　　　日

|  |  |
| --- | --- |
| 受入協力事業所名 |  |
| 実習指導者氏名 |  |
| 実習生氏名 |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 日程 | 午前 | 午後 |
| 　月　日（　　）9：00～16：00 | ○オリエンテーション・ケアマネジメント実務の全体像の理解・守秘義務の徹底・留意事項等の確認 | ○インテーク場面の説明○ｱｾｽﾒﾝﾄ～ﾌﾟﾗﾝﾆﾝｸﾞ場面の説明○訪問①：Ａ様（新規）目的：ｱｾｽﾒﾝﾄ～ﾌﾟﾗﾝﾆﾝｸﾞ場面の見学○振り返りの実施・記録の作成 |
| 月　日（　　）9：00～16：00 | ○前回の実習の振り返り○サービス担当者会議の場面の説明　サービス担当者会議の準備の見学○モニタリング場面の説明 | ○訪問②：Ｂ様サービス担当者会議　　目的：担当者会議の運営・見学○訪問③：Ｃ様（継続）　　目的：モニタリング場面の見学○振り返りの実施・記録の作成 |
| 月　日（　　）9：00～16：00 | ○前回の実習の振り返り○訪問④：Ｄ様（継続）目的：モニタリング場面の見学○訪問⑤：Ｅ様（継続）目的：モニタリング場面の見学 | ○給付管理場面の見学○実習全体の振り返り○提出書類の確認 |
|  |  |  |

※個人情報は含まないように記載ください。（アルファベットなどを使用）

※実習開始の１週間前頃までに、実習生及び県社協あてに送付ください。

高知県介護支援専門員実務研修　見学実習計画書

　　　年　　　月　　　日

|  |  |
| --- | --- |
| 受入協力事業所名 |  |
| 実習指導者氏名 |  |
| 実習生氏名 |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 日程 | 午前 | 午後 |
| 　月　日（　　）：　～　：　 |  |  |
| 　月　日（　　）：　～　：　 |  |  |
| 　月　日（　　）：　～　：　 |  |  |
|  |  |  |

※個人情報は含まないように記載ください。（アルファベットなどを使用）

※実習開始の１週間前頃までに、実習生及び県社協あてに送付ください。