（参考４－２）生活援助従事者研修関係

実　習　実　施　計　画　書

【科目名：　　　　　　　　　　　　　　　　】

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 実習時間 | | | 時間 |  | | | |
| 実習期間 | | | 年　　月　　日～　　年　　月　　日 | | | | |
| No. | 実習施設名 | 施設等種別  ※１下記から番号を記載 | 事業所番号 | | 実習指導者名 | 受入期間（日数）及び  受入時間 | 受入  人数 |
| ※２実習指導者保有資格 |
| 1 |  |  |  | |  | 年　月　日～  年　月　日（　日）  　:　～　: |  |
|  |
| 2 |  |  |  | |  | 年　月　日～  年　月　日（　日）  　:　～　: |  |
|  |
| 3 |  |  |  | |  | 年　月　日～  年　月　日（　日）  　:　～　: |  |
|  |

【科目名：　　　　　　　　　　　　　　　　】

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 実習時間 | | | 時間 |  | | | |
| 実習期間 | | | 年　　月　　日～　　年　　月　　日 | | | | |
| No. | 実習施設名 | 施設等種別  ※１下記から番号を記載 | 事業所番号 | | 実習指導者名 | 受入期間（日数）及び  受入時間 | 受入  人数 |
| ※２実習指導者保有資格 |
| 1 |  |  |  | |  | 年　月　日～  年　月　日（　日）  　:　～　: |  |
|  |
| 2 |  |  |  | |  | 年　月　日～  年　月　日（　日）  　:　～　: |  |
|  |
| 3 |  |  |  | |  | 年　月　日～  年　月　日（　日）  　:　～　: |  |
|  |

※１施設等種別について…以下から該当種別を選び、番号を記載してください。

【介護実習】

１．介護保険法による施設・事業所

①介護老人福祉施設　②介護老人保健施設　③介護療養型医療施設　④通所介護　⑤通所リハビリテーション　⑥短期入所生活介護　⑦短期入所療養介護　⑧特定施設入居者生活介護　⑨小規模多機能型居宅介護（泊まり・通い）　⑩認知症対応型共同生活介護　⑪認知症対応型通所介護　⑫地域密着型特定施設入居者生活介護　⑬地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護　⑭複合型サービス（泊まり・通い）　⑮訪問介護　⑯訪問入浴介護　⑰夜間対応型訪問介護　⑱定期巡回・随時対応型訪問介護看護　⑲小規模多機能型居宅介護（訪問）　⑳複合型サービス（訪問）

２．障害者総合支援法による施設・事業所

㉑障害者支援施設　㉒短期入所　㉓共同生活援助　㉔生活介護　㉕居宅介護　㉖重度訪問介護

３．その他法律による施設・事業所

㉗児童福祉法による（医療型・福祉型）障害児入所施設

※２実習指導者資格要件…社会福祉士、介護福祉士、実務者研修修了者、介護職員基礎研修課程修了者、訪問介護員養成研修１級課程修了者、社会福祉施設の長、看護師又は准看護師、保健師

（参考５－２）生活援助従事者研修関係

実 習 施 設 承 諾 書

　　年　　　月　　　日

　研 修 事 業 者　様

（所在地）〒

（法人名）

（代表者名）　　　　　　　　　　　　　　印

(電　話)

貴団体の実施する生活援助従事者研修の実習施設として、次のとおり受講者の受け入れを承諾します。

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| No. | 実習科目 | 実習施設名 | 施設等種別  ※１下記から番号を記載 | 事業所番号 | 実習指導者名 | 受入期間（日数）及び  受入時間 | 受入  人数 |
| ※２実習指導者保有資格 |
| 1 |  |  |  |  |  | 年　月　日～  年　月　日（　日）  　:　～　: |  |
|  |
| 2 |  |  |  |  |  | 年　月　日～  年　月　日（　日）  　:　～　: |  |
|  |
| 3 |  |  |  |  |  | 年　月　日～  年　月　日（　日）  　:　～　: |  |
|  |
| 4 |  |  |  |  |  | 年　月　日～  年　月　日（　日）  　:　～　: |  |
|  |
| 5 |  |  |  |  |  | 年　月　日～  年　月　日（　日）  　:　～　: |  |
|  |

※１施設等種別について…以下から該当種別を選び、番号を記載してください。

【介護実習】

１．介護保険法による施設・事業所

①介護老人福祉施設　②介護老人保健施設　③介護療養型医療施設　④通所介護　⑤通所リハビリテーション　⑥短期入所生活介護　⑦短期入所療養介護　⑧特定施設入居者生活介護　⑨小規模多機能型居宅介護（泊まり・通い）　⑩認知症対応型共同生活介護　⑪認知症対応型通所介護　⑫地域密着型特定施設入居者生活介護　⑬地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護　⑭複合型サービス（泊まり・通い）　⑮訪問介護　⑯訪問入浴介護　⑰夜間対応型訪問介護　⑱定期巡回・随時対応型訪問介護看護　⑲小規模多機能型居宅介護（訪問）　⑳複合型サービス（訪問）

２．障害者総合支援法による施設・事業所

㉑障害者支援施設　㉒短期入所　㉓共同生活援助　㉔生活介護　㉕居宅介護　㉖重度訪問介護

３．その他法律による施設・事業所

㉗児童福祉法による（医療型・福祉型）障害児入所施設

※２実習指導者資格要件…社会福祉士、介護福祉士、実務者研修修了者、介護職員基礎研修課程修了者、訪問介護員養成研修１級課程修了者、社会福祉施設の長、看護師又は准看護師、保健師

（参考６）

実　習　記　録

【受講者氏名　　　　　　　　　　　　】

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 実施年月日 | 年　　月　　日　（　） | | 実施時間 | 時　　分　～　　時　　分 |
| 実習の種類・科目 |  | | | |
| 実習先施設名 |  | | | |
| 実習内容 | 時　間 | 実習の具体的内容 | | |
|  |  | | |
| 反省･感想等 |  | | | |
| 実習指導者  評価・確認印 | 実習指導者名　　　　　　　　　　　印 | | | |

（参考７）

実習修了確認書

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 氏　名 | 実施日 | 施設名 |
|  | /  　/ |  |
|  | /  　/ |  |
|  | /  　/ |  |
|  | /  　/ |  |
|  | /  　/ |  |
|  | /  　/ |  |
|  | /  　/ |  |
|  | /  　/ |  |
|  | /  　/ |  |
|  | /  　/ |  |
|  | /  　/ |  |
|  | /  　/ |  |
|  | /  　/ |  |
|  | /  　/ |  |
|  | /  　/ |  |