

受講番号 _____

職場実習計画書

職場実習期間	令和 年 月 日 () ~ 年 月 日 () (日間)	
受講者氏名	施設・事業所名 (種別)	上司名 (役職)
	()	様 ()

1. 目指すべき生活像 (目標)

--

2. ケア実践計画内容

--

3. 実習協力者への説明内容 (令和 年 月 日実施)

--

4. 職場実習計画

週目標	具体的な実践内容 (いつ・どこで・何を・どのように)・使用する資料
(1週目)	
(2週目)	
(3週目)	
(4週目)	

指導者確認印

※下書きと清書 (ボールペン記載・2重線訂正) 2枚記入。