

(参考4)

実習実施計画書

【1. 介護実習】

介護実習時間		7時間	※訪問介護サービス同行訪問と合わせて12時間となるように定めること。			
実習期間		令和4年10月16日～11月4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)	受入 人数
				※2実習指導者保有資格		
1	ぽれぽれ野の花	1-④	2071200253	藤原純江 介護福祉士	R4年10月16日～ 11月4日(20日) 8:15～16:15(7時間)	10
2					年 月 日～ 年 月 日(日)	
3					年 月 日～ 年 月 日(日)	

【2. 訪問介護サービス同行訪問】

訪問介護サービス同行訪問時間		5時間	※介護実習と合わせて12時間となるように定めること。			
実習期間		令和4年10月16日～11月4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)	受入 人数
				※2実習指導者保有資格		
1	JA大北指定訪問介護事業所	1-①	2071200030	佐藤美香 介護福祉士	R4年10月16日～ 11月4日(20日) 8:45～17:30(内5時間)	10
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)

2. 障害者総合支援法による施設・事業所

⑭障害者支援施設 ⑮短期入所 ⑯共同生活介護(～H26.3.31) ⑰共同生活援助 ⑱生活介護

3. その他法律による施設・事業所

⑲児童福祉法による(医療型・福祉型)障害児入所施設

【訪問介護サービス同行訪問】

1. 介護保険法による施設・事業所

①訪問介護 ②訪問入浴介護 ③夜間対応型訪問介護 ④定期巡回・随時対応型訪問介護看護 ⑤小規模多機能型居宅介護(訪問) ⑥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

⑲居宅介護 ⑳重度訪問介護

※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、教員

(参考5)

実習施設承諾書

令和4年 月 日

特定非営利活動法人ぽれぽれ野の花理事長様

(所在地) 〒

(法人名)

(代表者名)

印

(電 話)

貴団体の実施する介護職員初任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.	実習種類 ※1該当する各種 類を記入	実習施設名	施設等種別 ※2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)	受入 人数
					※3実習指導者保有資 格		
1	介護実習・ 訪問介護サー ビス同行訪問	JA 大北指定 訪問介護事業 所	1-①	20712000 30	佐藤美香	R4年10月16日～ 11月4日(20日) 8:45～17:30(内5時間)	10
					介護福祉士		

※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)

2. 障害者総合支援法による施設・事業所

⑭障害者支援施設 ⑮短期入所 ⑯共同生活介護(～H26.3.31) ⑰共同生活援助 ⑱生活介護

3. その他法律による施設・事業所

⑲児童福祉法による(医療型・福祉型)障害児入所施設

【訪問介護サービス同行訪問】

1. 介護保険法による施設・事業所

①訪問介護 ②訪問入浴介護 ③夜間対応型訪問介護 ④定期巡回・随時対応型訪問介護看護 ⑤小規模多機能型居宅介護(訪問) ⑥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

⑦在宅介護 ⑧重度訪問介護

※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、教員

(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	(介護実習 ・ 訪問介護サービス同行訪問)		
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

