

(様式第6号)

実習施設利用計画書

○研修全体の期間：令和5年9月16日～令和6年2月17日

令和5年6月13日作成

	施設種別	施設名	人数・時間			施設等の 実習指導者名
			当初 見学	現場 実習	最終 見学	
			h	7 h	h	
1	特別養護老人ホーム	伊香の里	人	4	人	平林 孝康
	住所：長浜市木之本町黒田1221					
2	通所介護事業所	リハビリデイサービス東部	人	4	人	川野 清子
	住所：長浜市東上坂町1000（長浜東部福祉ステーション内）					
3	通所介護事業所	神照リハビリデイサービス	人	3	人	上野 浩司
	住所：長浜市神照町288-1					
4	通所介護事業所	リハビリデイサービス浅井	人	3	人	林 有記美
	住所：長浜市今荘町859-1					
5	通所介護事業所	リハビリデイサービス湖北	人	3	人	田中 可奈子
	住所：長浜市湖北町速水1860（湖北福祉ステーション内）					
6	通所介護事業所	しゃきょうデイサービス伊香の里	人	3	人	柿町 仁美
	住所：長浜市木之本町黒田1221					
7			人		人	
8			人		人	
9			人		人	
10			人		人	
実習人数合計			人	20 人	人	
募集定員			人	20 人	人	

◎施設実習を実施する場合に作成すること。

※見学については研修事業者が決めた時間数を記載すること。

※施設種別欄：要綱別紙3の種別から該当施設等を記載すること。

※施設名欄：研修先の施設名と住所を記載すること。

※募集定員分以上の承諾を得ること。

※実習指導者は施設での実務経験が3年以上あること。