年　　月　　日

介護サービス事業所代表者　様

【団体名】

　【役職】　【研修責任者名】

自施設実習についてのお願い

拝啓　時下益々ご清祥のこととお慶び申し上げます。

平素は、当法人の運営にご支援、ご協力を賜り有難うございます。

さてこの度、参加されております「認知症介護実践者研修」では、４週間の自施設実習カリキュラムを設けております。４週間の内、３週間は現場実習、残り１週間は実習のまとめの期間となっております。

自施設実習におきましては、本研修の総合的学習として、認知症の人への適切なアセスメント及びケアの実践をとおして、実践者としての役割の理解を深め、その技能を磨くことを目的としております。そのため、認知症の人ご本人に協力者としてご協力をいただきながら自施設実習を展開いたします。

ご多忙とは存じますが、受講生が実習に専念できるよう、ご配慮のほどよろしくお願いいたします。

敬　具