

プログラム内容

法人名 社会福祉法人奉優会

事業所名 _____

連絡先 _____

事業所担当者名 _____

実習内容計画(予定)							
9:00	10:00	11:00	12:00	13:00	14:00	15:00	
1日目	<ul style="list-style-type: none"> 施設概要説明 職員紹介、利用者様への挨拶 施設案内 	<ul style="list-style-type: none"> 利用者とのコミュニケーション レクリエーション参加 	<ul style="list-style-type: none"> 配膳準備 	<ul style="list-style-type: none"> 休憩 	<ul style="list-style-type: none"> 食事片付け補助 口腔ケア補助 利用者とのコミュニケーション レクリエーション参加 	<ul style="list-style-type: none"> 報告書の作成(30分) 終礼 	終了
2日目	<ul style="list-style-type: none"> 朝礼 バイタルチェック見学補助 水分補給補助 	<ul style="list-style-type: none"> 利用者とのコミュニケーション レクリエーション参加 リハビリ見学 入浴、排泄介助の補助 	<ul style="list-style-type: none"> 配膳準備 	<ul style="list-style-type: none"> 休憩 	<ul style="list-style-type: none"> 食事片付け補助 口腔ケア補助 利用者とのコミュニケーション レクリエーション参加 	<ul style="list-style-type: none"> 報告書の作成(30分) 終礼 	終了
3日目	<ul style="list-style-type: none"> 朝礼 レクリエーション準備補助 	<ul style="list-style-type: none"> 若手職員とのコミュニケーション レクリエーション参加 リハビリ見学 入浴、排泄介助の補助 	<ul style="list-style-type: none"> 配膳準備 	<ul style="list-style-type: none"> 休憩 	<ul style="list-style-type: none"> 食事片付け補助 口腔ケア補助 利用者とのコミュニケーション レクリエーション参加 	<ul style="list-style-type: none"> 報告書の作成(30分) 3日間の総括 職員との交流 	終了

【注意事項/補足説明等】