**自施設（職場）認知症ケア指導計画書　　　　　　　　　　　　　受講番号：　　　　　　受講者氏名：**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **指導目標：** | | | | |
|  | | | | |
| **指導のポイント** | **具体的な指導内容** | **指導方法** | **学習者の活動** | **実施時期** |
|  |  |  |  |  |