

様式3の1

## 実地研修実施計画書（利用者用）

作成日： 年 月 日

指導看護師名： \_\_\_\_\_

対象利用者名	
実施期間	年 月 日 ~ 年 月 日
ケアプラン上の課題	
アセスメント	
実施上の留意点	