

受講番号 _____

受講者名 _____

事前課題②-1

「OJTのポイント振り返りシート」

※講義動画2と一部連動

※全項目記入の上 2部ご用意ください

OJTのポイント振り返りシート

1. OJTの期間（該当の期間にチェック✓をして下さい）

 6ヶ月以上 2年以上

2. OJT実施期間について（該当するところにチェック✓をして下さい）

 サビ管等として個別支援計画を作成していた 現任サビ管等のもとで個別支援計画の原案作成者等としてOJTを受けた 障がい福祉サービス以外での実務経験

3. 演習資料集P.122記載のOJTのポイントを振り返り、 動画を見て気づいたことやOJTを受けるうえでの現状や課題はどのようなものか

現状

課題

動画を見て気づいたこと