

事前課題レポート

研 修 名	2020 年度	西播磨	認知症介護実践研修（実践者研修）		
事業所名					
氏 名		班番号※	班	整理番号	20 西実 —

※班番号は研修初日に会場内で通知するため、当日班番号を記入後に提出してください。

※整理番号は受講決定通知書に記載しています。

1. 研修及び実習における認知症の対象者を 1 人決めて、以下の設問に答えてください。

① 何故その人を選びましたか。
② その人はどういう暮らしを望んでいると思いますか。
③ ②について、何故そう思いますか。

※対象者は所属長等と相談の上、相応しいと考えられる人で、ご本人及びご家族等との同意の上決定してください。

※対象者の変更等のご都合により講義や実習に支障をきたす場合、修了の遅延や修了不可となることがあります。（やむを得ず対象者が変更となる場合、本事前課題レポートや研修中のワーク、実習等において改めて取組んでいただきますのでご了承ください。）

2. あなたが勤める自職場の理念を記入してください。

--

※事業所名・氏名・整理番号等の記入漏れに注意。

※全ての項目に回答。

※A4 用紙 1 枚（印刷の場合、片面のみ記入・白黒印刷可）で提出。

研修初日に本レポートを持参して、班番号を記入後提出してください。