事前課題レポート

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 研 修 名 | 2024年度 | 第　　回 | | 認知症介護実践研修（実践リーダー研修） | |
| 事業所名 |  | | | | |
| 氏　　名 |  | | 整理番号 | | 24リ　　－ |

※整理番号は受講決定通知書に記載しています。

※班番号は空白のまま提出してください。（別途当方からの連絡がある場合を除きます。）

【注意】

オンライン研修：研修時お手元に原本を用意してください。（予め指定期日までにFAX送付してください。）

集　合　研　修：研修時お手元にコピーを用意してください。（研修初日に原本を提出してください。）

※所属長又は上司が、認知症介護実践研修（実践リーダー研修）の事前課題を確認しました。

　確認者氏名

1.　 自職場の理念を記入してください。

|  |
| --- |
|  |

　2.　自職場において生じている認知症介護の問題点を挙げてください。

|  |
| --- |
|  |

3.　 問2.の問題点が解決された姿を記入してください。

|  |
| --- |
|  |

4.　 問3.に至るため、あなたは何に取組みますか。

|  |
| --- |
|  |

※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。（2枚以上の提出は不可。）