

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。）