認知症介護実践研修　受講者質問用紙

事業所・施設名		職　名		受講者氏名	
サービス種別		班番号	班	整理番号	21 実 西 －
※実践リーダー研修受講者は現時点での班を記入してください				FAX 番号	－　－

対象科目（研修全般に関する場合は無記入でも可）

日目	研修名

① 受講者　→　講師等への質（窓口の研修センターへ持参 又は FAX 0791-58-1095）

② 講師等　→　受講者への回答

回答講師等氏名	

※講師からの回答は、上記 FAX 先へ返しますので必ず記入してください。

③ 講師等からの回答を受けての受講者　→　講師等への返答

理解ができたかどうか等、回答に対するコメントを記入してください

以上

※研修の内容に関する質問以外はお答えできかねます。また質問は研修期間内のみとさせていただきます。
※回答する講師等は当方にて決定させていただきます。（受講者からの指定はできません）
※講師からの回答はしばらく時間を要する場合がありますのでご容赦ください。

（受講者はこれより下欄に記入しないでください）

備考欄

福祉のまちづくり研究所　研修センター　記入欄

社会福祉法人兵庫県社会福祉事業団　西播磨総合リハビリテーションセンター
研修交流センター