

研修番号 _____

令和元年度島根県認知症介護実践研修『実践者研修』事前提出用シート

【受講生プロフィール】

氏名		性別		生年月日	昭和・平成 年 月 日
保険者名		法人名			
事業所名		事業所 種別			
職種	介護職 ・ 看護職 その他 ()	資格			
事業所 在籍年数	昭和・平成 年 月 日 から現在 (年 ヶ月在籍)				
認知症 介護歴	通算約 年 ヶ月	介護歴 の場所	現事業所・前事業所・自宅・ボランティア その他 () 複数回答可		
●あなたは、 <u>認知症高齢者について</u> どのようなイメージをお持ちですか？ * * *		●あなたは、 <u>認知症高齢者の介護について</u> どのようなイメージをお持ちですか？ * * *			
●あなたは、認知症介護を実践する職員に何が求められると思いますか？（求められる職員像）					
●あなたは自身の介護状況を振り返り、この研修で何を学び、今後にどう活かしたいと思いますか？					

※所属長記入欄（受講申込者本人が施設長・管理者の場合は、理事長・社長など申込者以外の方をお願いします）

●受講申込者に認知症介護に携わる職員として、期待されることをご記入ください。

役職名 _____ 氏名 _____ (印)