研修番号

令和６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・令和　　　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、認知症高齢者の介護について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にお願いします）

|  |
| --- |
| ●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 |

※控えをとり、原本は**当日受付にご提出ください。**