

令和〇年度奈良県認知症介護実践者研修 事前学習シート

氏名		職名	
施設・事業所名			

【Ⅰ-①】認知症ケアについて、あなたやあなたの事業所が今取り組んでいることは何ですか？

【この様式はサンプルです。内容は変更される場合があります。
正式なシートは受講決定時にお知らせします。】

【Ⅰ-②】認知症ケアを実践している中で、困っていることや悩んでいること、解決したいと考えていることは何ですか？

【この様式はサンプルです。内容は変更される場合があります。
正式なシートは受講決定時にお知らせします。】

【Ⅱ】この研修における目標を具体的に記入してください。(箇条書きでOK)

【この様式はサンプルです。内容は変更される場合があります。
正式なシートは受講決定時にお知らせします。】

【Ⅲ】自施設実習の「実習対象者」としてあなたが選定している認知症の方2名について、あなたが知っていることを(ADLや認知機能面だけでなく、その人の性格・生活歴などについても)記入してください (記入欄が不足の場合は別紙記載可)

【この様式はサンプルです。内容は変更される場合があります。
正式なシートは受講決定時にお知らせします。】

【所属長コメント】シートの内容をお読みいただき、下記の欄にコメントをお願いいたします

本人(受講生)の強みや得意なことについて	本人(受講生)への期待について
【この様式はサンプルです。内容は変更される場合があります。 正式なシートは受講決定時にお知らせします。】	【この様式はサンプルです。内容は変更される場合があります。 正式なシートは受講決定時にお知らせします。】

所属長	所属:	
	役職:	氏名