**令和２年度愛媛県認知症介護実践リーダー研修　事前アンケート**

所属事業所名：　　　　　　　　　　　　　　　　受講者氏名：

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（職種：　　　　　　　　　　　　　）

**１　研修に参加する動機及び目的を教えてください。**

（動機）

（目的）

**２　現在の自身の認知症介護についてどんな課題を感じていますか。**

**３　あなたの所属する施設や事業所では認知症介護についてどのような課題が　　　ありますか。**

**４　あなたの目指す認知症介護とは何ですか（認知症介護に対する考え方・理念等）。**

**５　リーダーとしてあなたの目指す認知症介護を実践するためにこの研修で学びたいことは何ですか。**

※この事前アンケートは、講師や事務局が研修実施時の資料として利用します。リーダーを養成するための研修という観点から、**未記入箇所や記載内容が不十分な場合、又、職印等が押印されていない場合などは再提出を求めますので、あらかじめご了承ください。**

　上記の者は、認知症介護実践リーダー研修の受講申込みにあたり、受講者としてふさわしい　リーダー的な職員であることを証明します。また、自施設実習時には、実習協力者の選定を上記　　の者と行うとともに、施設職員一同及び実習協力職員（選定者）を上記の者に協力させ、効果的な職場実習が行われるようバックアップすることを誓います。

　　　　　　　　施設長又は管理者名　　　　　　　　　　　　　　　　　職印

　　　　　　　　　（**直筆署名**をお願いします。職印が無い場合は認印で結構です。）