**令和２年度愛媛県認知症介護実践者研修（事前アンケート）**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 事業所名 |  | 受講者氏名 |  |
| 職　種 |  | 実務経験年数 | 年　　　ヶ月 |

**１　研修を有意義なものとするため、あなたがこの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　認知症の方が望む生活の実現に向けて、利用者の方が日常生活の中で困っている事例を２つ　記入してください（いずれかを、自施設実習の課題としていただきます）。**

|  |
| --- |
| 事例① |
|  |
| 事例② |
|  |

**３　その他、今回の研修に関する事を自由に記入してください（※必ず記入ください）。**

|  |
| --- |
|  |
|  |

**※講師が講義時の参考とするため、各項目すべてについて記入してください。空白事項や 内容が不十分であった場合、職印が押印されていない場合等は再提出を求めます。あらかじめご了承ください。**

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。）

上記の者は、認知症介護実践者研修の受講申込みにあたり、介護に関する基本的知識・技術を習得している職員であることを証明します。また、職場実習時には、施設職員一同を上記の者に協力させることを誓います。