

令和3年度奈良県認知症介護実践者研修 事前学習シート

別紙「事前学習シートの記入について」を参照の上、ご記入ください。

7月6日(火)までにメールまたは郵送にて事務局へご提出ください（郵送の場合は原本を提出し、ご自身用にコピーをとっておいてください）

受講番号		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？

【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？

【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）

【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）

--

【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
----------------------	-----------------

所属長	所属：	
	役職：	氏名：