

(福)静岡県社会福祉協議会：令和7年度認知症介護実践研修(実践者研修)

事前課題シート

研修1日目に持参
(原本及びコピー)

この事前課題に必ず取り組んでいただき、研修に参加してください。

受講者氏名	
法人名	
事業所名	

コピーを1部、研修1日目に提出してください。(原本は自分でお持ちください。)

Q1：あなたや他の職員が、認知症ケアで困っていることは、どのようなことですか？

困っていること ※あなた(他の職員) が悩んでいること を箇条書き	
--	--

Q2：認知症介護実践者としての、あなた自身の現状について自己分析してください。

認知症ケアにおける自分の課題	
----------------	--

☆上司記入欄（必須） ※受講者本人以外が必ず記入してください。

職名：	氏名	印
(研修受講にあたり、受講者に学んで欲しいこと・期待を御記入願います)。		