

一般社団法人全国特定施設事業者協議会主催

認知症ケアグループワーク研修【広島会場】参加申込書

FAX 052-242-3020

法人名					会員区分	会員・一般
施設名						
施設住所	〒					
電話番号						
FAX 番号						
施設の種類	有料老人ホーム・ ケアハウス・ サービス付き高齢者向け住宅・ その他（ ）					
ふりがな 参加者氏名						
現在の職場での 勤続年数		年齢		性別	男・女	
役職	施設長・ 管理者（施設長以外）・ 一般職員・ その他（ ）					
職種	介護職員・ ケアマネジャー・ 生活相談員・ 看護師・ その他（ ）					
メルマガ送付希望	あり ・ なし e-mail : _____					

認知症ケアグループワーク研修 事前課題シート

受講者の皆様にとって、本研修をより有意義にさせていただくため、受講するにあたって、あなた（または施設が）行っているケアについて振り返っていただくとともに、実践にあたって、この研修で「学びたいこと」、「講師への質問」などを事前集約したいと思います。このアンケートの結果を参考に研修を実施する予定です。

<<次ページへ続く>>

質問 1. 「認知症ケア」について、あなたが（または施設で）実際に「取り組もうと準備していること」「取り組んでいること」「できていると思うこと」をご記入ください
質問 2. 「認知症ケア」について、あなた（または施設で）実際に「できていないと思うこと」をご記入ください
質問 3. あなたが（または施設で）「帰宅願望の強い利用者への支援にかかわって困っていること」があれば、ご記入ください
質問 4. 「認知症ケア」について、あなたが実践にあたってこの研修で「学びたいこと」をご記入ください
その他、研修に関わるご希望・意見等があればお聞かせください。 質問は以上です。お疲れ様でした。

ご回答内容のすべてを研修に反映させることができない場合もございますので、悪しからずご了承ください。

本研修の事務局（受付事務等）は、「日本福祉大学」に委託しています。

研修の申込みやご不明な点の問い合わせは下記までご連絡ください。

日本福祉大学 社会福祉総合研修センター

TEL : 052-242-3069 / FAX : 052-242-3020

《 HP 》



一般社団法人
全国特定施設事業者協議会