

令和8年度 第2回 認知症介護実践リーダー研修 受講目標

事業所名 _____ 氏名 _____ 受講番号 _____

認知症介護実践リーダー研修を受講するにあたり、研修の目的をよく読んだうえで学びたいこと等についてご記入ください。現在リーダーとして業務に就いていない場合は、リーダーとなった事を考えての視点で記入してください。

1. リーダーとして、現在の自分の認知症ケアの課題や学びたいこと		
2. リーダーとして、チームケアやチームづくりの課題や学びたいこと		
3. 認知症ケアの指導で困っていることや学びたいこと		
【受講希望者の所属長の方がご記入ください】 受講者に期待すること、学んで欲しいことをご記入ください。		
所属長	役職	氏名(自著)
		印

- ※ 所属長とは、介護保険事業所指定の管理者をさします。
- ※ 受講生が管理者の場合は、法人の代表者、開設者に記入の依頼をしてください。
- ※ 受講生が法人の代表者、開設者の場合は、直属の部下に記入を依頼してください。

※ 研修初日にこの用紙を使用します。必ずコピーを取ってください。

※ この用紙は手書きでも構いません。※ 用紙は A4 に納めて下さい。

お名前