（福）静岡県社会福祉協議会

令和3年度　認知症介護基礎研修　事後課題

この課題必ず取り組んでいただき、原本を事務局にお送りください。後日、修了証を発行いたします。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **受講会場** |  | **受講者番号** |  |
| **受講者名** |  | | |
| **事業所名** |  | | |

|  |
| --- |
| **１．自施設の状況、自身のこれまでのケアの振り返り** |
|  |
| **２．この研修を通して気付いたことや学んだこと、感想等** |
|  |
| **３．今後の認知症介護における目標（どのようなケアをしていきたいか等）** |
|  |

**☆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。**

|  |
| --- |
| 上司からのアドバイスコメント（受講者からの報告を受け、コメント・励まし・期待等前向きなメッセージをご記入ください。） |
| 職名：　　　　　　　　　　　　　　氏名　　　　　　　　　　　　　　印 |
|  |