

受講選考レポート ①

施設・事業所名：		受講申込者名：		
実践者研修修了年度：	年度	市・府・県	役職名：	資格：

1	あなたが、この研修を受講しようと思った理由を御記入ください。
<hr/>	
2	あなたが考える『チームリーダーに必要なチーム運営』について、御記入ください。
<hr/>	
3	研修修了後、あなたが職場でどのような役割を担っていこうとお考えか、御記入ください。
<hr/>	
4	あなたが考える『認知症介護に携わる人にとって大切なもの』について、御記入ください。
<hr/>	
5	『事業所理念』を御記入ください。
<hr/>	

このレポート内容は、受講選考審査の対象とします。受講申込者ごとに記入し、研修申込書、専攻レポート2枚を合わせて（計3枚）提出してください。

平成27年度 京都市認知症介護実践リーダー研修

受講選考レポート ②

施設・事業所名：	役職名：	氏名：
受講申込者名：		

1 受講申込者を本研修に推薦した理由を御記入ください。
2 受講申込者に本研修で学んでほしい内容を御記入ください。
3 実践リーダー研修では、平成28年10月21日～平成29年1月23日のうちの約4週間、職場実習として、講義・演習・実習での学びを踏まえ、自施設で他の職員とともにチームで課題に取り組むこととなります。 このため、職場実習を円滑に進めるため、各施設・事業所のサービス運営に支障のない範囲で受講生の勤務の御配慮をお願いしています。御配慮の可否について、以下のいずれかに○をしてください。 (例えば)・職場実習中であることを他の職員に周知する ・職場実習の取り組み（ケアプランの立案・実践・評価）に職員全員で協力する、など 可 能 ・ 不 可 能
4 受講生に対し、組織として責任をもって協力する体制を執ることは可能ですか。以下のいずれかに○をしてください。 可 能 ・ 不 可 能

【お問い合わせ先】

〒600-8127 京都市下京区河原町通五条下る東側「ひと・まち交流館 京都」3階
京都市長寿すこやかセンター（社会福祉研修・介護実習普及センター）
研修担当：田中・横田
電 話（075）354-8822

このレポート内容は、受講選考審査の対象とします。受講申込者ごとに記入し、研修申込書、専攻レポート2枚を合わせて（計3枚）提出してください。