

受講申込レポート ①

施設・事業所名：	受講申込者名：
----------	---------

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。
2 専門職として認知症介護に携わる中で、あなたが大切にしていることを御記入ください。
3 『事業所理念』を御記入ください。

このレポートは、受講申込者ごとに記入し、研修申込書と受講申込レポート 2 枚を合わせて (計3枚) 提出してください。

受講申込レポート ②

施設・事業所名：	役職名：	氏名：
受講申込者名：		

<p>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。</p>
<p>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。</p>
<p>3 実践者研修は、講義・演習、職場実習をとおして、一人の利用者の「認知症の人のためのケアマネジメントセンター方式シート」を作成しながら、利用者の思いや願いを探りながら進めていくこととなります。</p> <p>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。</p> <p style="text-align: center;">可 能 ・ 不 可 能</p>
<p>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。</p> <p style="text-align: center;">可 能 ・ 不 可 能</p>

【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」4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

このレポートは、受講申込者ごとに記入し、研修申込書と受講申込レポート 2 枚を合わせて（計3枚）提出してください。