平成30年度　京都市認知症介護実践リーダー研修

①受講申込者用（実践ﾘｰﾀﾞｰ）

**受講選考レポート　①**

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、選考レポート2枚を合わせて（計3枚）提出してください。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 施設・事業所名： | | 受講申込者名： | |
| 現職場の経験年数：  　年　　ヶ月 | 主たる業務： | 実践者又は旧認知症介護実務者研修（専門課程）修了 | |
| 年度 | 市・府・県 |

それぞれの項目について御記入ください。

|  |
| --- |
| １　あなたがこの研修を受講しようと思った理由, 意気込みを御記入ください。（１００字以内） |
|  |
| ２　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』とは何ですか？（５０字以内） |
|  |
| ３　自分自身を振り返って, 人を指導する上での「やりがい」と「難しさ」を御記入ください。  （それぞれ１００字以内） |
| （やりがい）  （難しさ） |
| ４　今の職場の人材育成の課題を御記入ください。（１５０字以内） |
|  |
| ５　実習対象候補となる職員の平成３０年７月１日時点での現職場の経験年数はどのくらいですか？  　　※申込み時点では１人に絞らなくても良いため複数回答可 |
| ３ヶ月未満　　・　　６ヶ月未満　　・　　１年未満　　・　　２年未満　　・　　２年以上 |