②所属長・施設長等用（実践ﾘｰﾀﾞｰ）

2019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**

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： | 役職名： | 氏名： |
|  | 受講申込者名： | |

それぞれの項目について御記入ください。

|  |
| --- |
| 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　研修を受講してもらうことで, 職場にどのような効果が期待できますか？ |
|  |
| ３　人材育成の観点で,職場における課題があれば御記入ください。 |
|  |
| ４　実践リーダー研修では，２０１９年１１月１９日～２０１９年１２月１８日を本研修の総合的学習として，認知症ケアに関する指導方法を体験的に理解するための課題に取り組みます。  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者の勤務の御配慮をお願いします。  　上記４の内容をよく理解し,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？  　以下の項目について，ご回答をお願いします。  ・認知症ケアに関する課題への取り組み　　　　（　　）協力できる　　　（　　）協力できない  ・職場実習期間における勤務体制への配慮　　　（　　）協力できる　　　（　　）協力できない  ・研修参加のための勤務体制への配慮　　　　　（　　）協力できる　　　（　　）協力できない |