平成２８年度三重県看護職員認知症対応力向上研修　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　記入日

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　名前

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　所属病院名

**研修実施報告書**

|  |  |
| --- | --- |
| **１　研修名** |  |
| **２　研修日時・会場** |  |
| **２　研修の目的・テーマおよび選定理由** |  |
| **３　研修受講者**（職種、人数） |  |
| **４　講師** |  |
| **４　実施プログラム**※実際のプログラム等の添付でも可 |  |
| **８　研修の評価**（研修によって得られた効果を含む） |  |
| **９　研修を実施しての課題、課題解決に向けた取組等** |  |

**・手書き・印字ともに可としますが、手書きの場合はボールペンでご記入ください。**

**・自施設での研修実施後、本様式にご記入いただき　平成２９年１０月３１日（火）　までに**

**三重県庁長寿介護課　介護福祉班　宛て郵送にてご提出ください。**

**・提出先**

**〒５１４－８５７０**

**津市広明町１３番地　三重県庁　健康福祉部長寿介護課**

**介護福祉班　加藤　宛て**

**（TEL：０５９－２２４－３３２７）**