

※伝達研修実施済みの場合に御記入、御提出ください。

年 月 日

## 看護職員認知症対応力向上研修伝達研修 実施内容報告書

|       |  |    |  |
|-------|--|----|--|
| 医療機関名 |  | 氏名 |  |
|-------|--|----|--|

|  |                                |
|--|--------------------------------|
| 1 目的<br>(研修のねらい)                                 |                                |
| 2 テーマ<br>(何の研修か。表題記入)                            |                                |
| 3 背景<br>(自施設における認知症<br>ケアの課題や職員の関<br>心事、時代のニーズ等) |                                |
| 4 具体的内容<br>(プログラムの骨子<br>資料添付でも可)                 |                                |
| 5 日時   | 年 月 日 ( ) ~ 年 月 日 ( )<br>: ~ : |
| 6 実施場所   |                                |
| 7 講師   |                                |
| 8 受講対象者・人数                                       | 対象者 : 人数 : 人                   |
| 9 予算執行状況   | 円                              |
| 10 評価結果<br>(研修によって得られ<br>た効果含む)                  |                                |
| 11 課題及び課題解<br>決に向けた今後の<br>取り組み                   |                                |