記入日　　　　年　　月　　日

看護職員認知症対応力向上研修　伝達研修実施計画書

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 所属機関名 |  | 氏名 |  |

１　年度内に伝達研修を実施できなかった理由を記入してください。

|  |
| --- |
|  |

２　今後実施予定の伝達研修の計画について記入してください。

|  |  |
| --- | --- |
| １　日　時 | 　　　　年　　月　　日（　）　　時　　分　　　から　　　　年　　月　　日（　）　　時　　分　　　まで |
| ２　実施場所 |  |
| ３　講　師 |  |
| ４　受講対象者・人数 | 受講対象者：　　　受講者数 ：　　　　人程度 |
| ５　具体的内容（プログラムの骨子） |  |
| ６　研修効果（期待できる効果） |  |

* 伝達研修実施後は、様式１「看護職員認知症対応力向上研修　伝達研修実施報告書」により速やかに報告してください。