

※伝達研修未実施の場合に御記入、御提出ください。

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。