

病院勤務の医療従事者向け認知症対応力向上研修 伝達研修実施報告

令和 年 月 日

所 属: _____

氏 名: _____

実施日時	月 日 (曜)	午前・午後	時 分	～	午前・午後	時 分
実施場所			延 時 間 (内 訳)			
参加者数	名	伝達研修内容	認知症とは			分
参加職種別内訳			認知症のケア			分
医 師 :	名		せん妄のケア			分
看 護 師 :	名					分
ケアワーカー等 :	名					分
【実施した感想】						
【研修参加者の反響】						
【院内の課題など】						
【今後の方向性・取り組みなど】 該当するところにチェックを入れ具体的に記載してください。 <input type="checkbox"/> 継続学習会 <input type="checkbox"/> 対応チーム <input type="checkbox"/> その他						

提出期限 令和7年1月10日(金)必着 郵送により提出してください。

- ※ 研修レポートの様式は、当法人のホームページからダウンロードすることができます。
- ※ この研修レポートは返却いたしません。研修事務局で取りまとめ、講師へ送付します。
- ※ レポートの内容については、今後の検討資料にさせていただきます。
- ※ 伝達研修の実施が難しかった場合は、開催できない理由を記載の上、送付してください。
(書式は問いません。)

送付先・問合せ先
 大阪府社会福祉事業団 堺市認知症介護実践研修等事務局
 〒562-0012 箕面市白島三丁目5番50号
 ホームページ: <https://osj.or.jp>
 Tel: 072-724-8167 E-Mail: ninken@osj.or.jp