研修レポート

令和　　年　　月　　日

所　属：

受講番号　　氏　名：

病院勤務の医療従事者向け認知症対応力向上研修（令和 6 年 11 月 13 日開催）

研修に参加して学んだこと及びそれを今後どのように業務に活用していこうと考えているかを記入してください。

提出期限　**令和 7 年 1 月 10 日(月)必着まで**　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。

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