

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。 ☐ 継続学習会 ☐ 対応チーム ☐ その他						

提出期限 令和7年12月19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