（公財）いきいき岩手支援財団　公表・研修課　認知症介護実践リーダー研修担当　あて

**コメント記入票**

**出席番号　　　番：　　　グループ：受講者氏名**

グループメンバー全員の実習報告等をお読みいただき、感想等をそれぞれ100文字程度でご記入のうえ、事務局へご提出ください。（この様式は、財団のホームページhttps://www.silverz.or.jp/からダウンロードできます。）

※**提出期限：令和４年２月28日㈪必着**（郵送またはFAX **019-625-7494**、メール**kenshu@siverz.or.jp**）

なお、いただいたコメントは、同じグループのメンバー及び担当指導者へ本書のコピーを送付し、情報共有させていただきますことを申し添えます。

|  |  |
| --- | --- |
| 受講者氏名 | ご感想・ご意見等  （特にご質問のある場合は、欄外に回答送信先のFAX番号を明記願います。） |
| さんへ |  |
| さんへ |  |
| さんへ |  |
| さんへ |  |
| さんへ |  |

※ご質問に対する回答をご希望の場合、回答送信先のFAX番号をご記入ください。

FAX