**令和５年度　岩手県認知症介護実践者研修　事前アンケート**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 受講時期 | 第　　　　　　期 | 出席番号 |  | 担当指導者 |  |
| 事業所名 |  | 受講者氏名 |  |

研修をより有意義なものにするため、下記により事前アンケートを実施します。

つきましては、全てご記入のうえ、期日までにコピー１部を事務局にご提出ください。

なお、アンケートの内容につきましては、上記の目的以外に使用することはございません。

１　研修に参加する目的や研修で学びたいことをお書きください。

|  |
| --- |
| （200文字程度でご記入ください。）　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 |

**■　以下につきましては、所属長様がご記入ください。**

|  |  |
| --- | --- |
| 所属長名 |  |

１　本研修では、４週間の職場実習を行います。職場実習を通して、受講者及び事業所職員に期待することをお書きください。

|  |
| --- |
|  |

※　職場実習の研修効果を高めるため、受講者に対する特段のご配慮をいただくとともに、実習へのご協力ならびに他の介護職員等への周知をお願いいたします。