様式第３号

２０２４年度　兵庫県認知症介護実践リーダー研修　事前アンケート

所属名：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿　　氏名：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

１．研修に参加する目的は何ですか

２．自分自身の認知症介護についてどんな課題を感じていますか

３．あなたが所属する施設や事業所では認知症介護についてどんな課題がありますか

４．あなたが目指す認知症介護とは何ですか（認知症介護に対する考え方・理念等）

５．あなたが目指す認知症介護を実践するためにこの研修で学びたいことは何ですか

※記入内容によって受講決定を判断するものではありません。講師や事務局が研修実施に際しての資料として利用します。