平成３０年度鳥取県認知症介護実践リーダー研修　事前課題

|  |
| --- |
| **所属事業所名**：　　　　　　　　　　　　　　　**部　署**： |
| **役　職**：　　　　　　　　　　　　　　　　　　**氏　名**： |
| **テーマ**：「　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　」 |
| **研修受講希望理由欄**　　**文字数：**〔　　　　　　　〕 |
| 申し込み動機や受講希望者の特に強調したい認知症介護に関する考え方、および研修修了後、認知症介護実践リーダーとして、どのように活動しようと考えるか８００字程度で簡潔に記入してください。 |

　　※受講者選考の参考とします