平成３０年度鳥取県認知症介護基礎研修　事前課題

|  |
| --- |
| **所属事業所名**：　　　　　　　　　　　　　　　**部　署**： |
| **職　種**：　　　　　　　　　　　　　　　　　　**氏　名**： |
| **【現在、認知症ケアで困っていること】****【テキストＰ46～Ｐ48を読んで感じたこと】****【今回の基礎研修で学びたいこと】** |

* 研修当日に提出していただきます。(本人控用、提出用で2部準備してください)