①受講者用(ﾘｰﾀﾞｰ)

平成２５年度　京都市認知症介護実践リーダー研修

受講選考レポート　①

施設名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿　受講者名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

１．この研修を受講しようと思った理由をご記入ください。

２．リーダーに必要なものは何だとお考えですか？

３．また，研修を修了した後，あなたはご自身の職場でどのような役割を担っていこうとお考えですか？

４．あなたは認知症介護に携わる人に大切なものは何だとお考えですか。

５．あなたの「認知症介護の理念」についてご記入ください。

このレポート内容は、受講選考審査の対象とします。

②所属長・施設長等用（ﾘｰﾀﾞｰ）

平成２５年度　京都市認知症介護実践リーダー研修

受講選考レポート　②

施設名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿　役職名＿＿＿＿＿＿　氏名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

受講申込者名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

１．なぜ，この職員を受講させようと思われましたか？

２．この職員に研修で，どのようなことを学んできてほしいと考えておられますか。

３．実践リーダー研修では，平成２５年１１月１９日～平成２６年１月２７日のうちの４週間，職場実習として，講義・演習・実習での学びを踏まえ，自施設で他の職員とともにチームで課題分析に取り組んでいただきます。

（例）　・職場実習中であることを他の職員に周知する。
・職場実習の取り組み（例えば環境改善や職員研修，記録の工夫など）に職員全員で協力するなど

つきましては，職場実習を円滑に進めるためにも，受講生に対し勤務上の御配慮をしていただくことは可能ですか。どちらかに〇をしてください。

可能　　不可能

また，受講生に対し，組織として責任をもって協力する体制をとることは可能ですか。どちらかに〇をしてください。

可能　　不可能

【お問い合わせ先】
〒600-8127　京都市下京区河原町通五条下る東側「ひと・まち交流館　京都」４階
京都市長寿すこやかセンター　研修担当：田中　　電話　354-8741

このレポート内容は、受講選考審査の対象とします。