**シート②**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **受講者氏名** |  | | **経験年数** | | **年　　ヶ月** |
| **事業所プロフィール** | | | | | |
| **法人名** | |  | | | |
| **事業所名** | |  | | | |
| **法人理念 事業所基本方針 　　　　　　等** | |  | | | |
| **事業所開設年月日** | | **年　　　　月　　　　日** | | | |
| **事業所職員数** | | **名** | | | |
| **法人組織体系**  〇〇病院  **〈例〉**  〇〇法人〇〇  老健〇〇  **．．．** | |  | | | |
| **事業所内の 　　あなたの位置**  **〈例〉　老健〇〇**    理事長  施設長  介護課長  介護主任  リーダー  **．．．**  本人 | |  | | | |
| 事業所では、認知症ケアに関する専門的なアドバイスを受ける事が出来ますか？ | | | | **はい・いいえ** | |
| **はい**の方のみ | | | |  | |
| アドバイスを受ける医療機関、または職種・個人名等をお書きください。 | | | |  | |
| 黒色のボールペンで、読みやすい字で記入してください。（自筆での記入の場合） | | | | | |

**令和元年度認知症介護実践研修（実践者研修）事前課題**