**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**