令和2年度　三重県看護職員認知症対応力向上研修　　　　　　　記入日：

名前：

所属病院名：

研修実施報告書

|  |  |
| --- | --- |
| １ 研修名 |  |
| ２ 研修日時・会場 |  |
| ３ 研修の目的・テーマおよび選定理由 |  |
| ４ 研修受講者  （職種、人数） |  |
| ５ 講師 |  |
| ６ 実施プログラム  ※実際のプログラム等の添付でも可 |  |
| ７ 研修の評価  （研修によって得られた効果を含む） |  |
| ８ 研修を実施しての課題、課題解決に向けた取組等 |  |