

## 【埼玉会場】参加申込書

法人名				会員区分	<input type="checkbox"/> 会員 <input type="checkbox"/> 一般
施設名					
施設住所	〒				
電話番号					
FAX 番号					
施設の種類	有料老人ホーム・ケアハウス・サービス付き高齢者向け住宅・その他( )				
(ふりがな) 参加者氏名				<input type="checkbox"/> 1日参加 <input type="checkbox"/> 午前だけ参加 <input type="checkbox"/> 午後だけ参加	
現在の職場で の勤続年数		年齢		性別	男・女
役職	施設長・その他の管理者・一般職員・その他( )				
職種	介護職員・ケアマネジャー・生活相談員・看護師・その他( )				

## 事前アンケート

受講者の皆様にとって、本研修をより有意義にさせていただくため、受講するにあたって、あなた(または施設が)行っているケアについて振り返っていただくとともに、実践にあたって、この研修で「学びたいこと」、「講師への質問」などを事前集約したいと思います。

**質問1. 「認知症ケア」について、あなたが(または施設で)実際に「取り組もうと準備していること」「取り組んでいること」「できていると思うこと」をご記入ください。**

質問2.「認知症ケア」について、あなたが(または施設で)実際に「できていない」と思うことを、ご記入ください。

質問3.「認知症ケア」について、あなたが実践にあたってこの研修で「学びたいこと」、現場でのケアで「困っていること」などがあれば、ご記入ください。

質問4.「看取り介護」について、あなたは、今まで何回看取りをしたことがありますか。( )回  
施設では何回看取りをしたことがありますか。( )回/年(平均)(おおよその回数でいいです)

質問5.「看取り介護」について、あなた(または施設)が実際に「取り組もうと準備していること」「取り組んでいること」「できていると思うこと」をご記入ください。

質問6.「看取り介護」について、あなた(または施設)が実際に「できていない」と思うことをご記入ください。

質問7.「看取り介護」について、あなたが実践に向けてこの研修で「学びたいこと」、現場でのケアで「困っていること」などがあれば、ご記入ください。

その他、研修に関わるご希望・意見等があればお聞かせください。

質問は以上です。お疲れ様でした。このアンケートの結果をもとに研修を実施する予定です。当日、事例の紹介をいただく場合がございます。また、すべてのご質問にお答えするものではありませんので、あしからずご了承ください。

本研修の事務局(受付事務等)は、「日本福祉大学」に委託しています。  
研修の申込みやご不明な点の問い合わせは下記までご連絡ください。

日本福祉大学社会福祉総合研修センター  
TEL:052-242-3069/FAX:052-242-3020



一般社団法人  
全国特定施設事業者協議会