令和２年度　認知症介護実践研修（実践者研修）

**レ　ポ　ー　ト　用　紙**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 所属施設・事業所名 |  | 氏　名 |  |
| 【実践者研修を受講しようとする動機及び今後職場において、どんな役割を担っていきたいか記載してください】 |
| 【推薦者（勤務する施設または事業所の長）から研修参加者へ期待すること】推薦者　職・氏名：　　　　　　　　　　　　　　　　 |

※　記入欄が不足する場合は、適宜様式を追加してください。