令和２年度　認知症介護実践研修（実践リーダー研修）

**受講動機等について下記に記入してください。**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 所属施設・事業所名 |  | 氏　名 | 印 |
| １　本研修を受講したい理由（認知症介護に対する思い・学びたいこと・意気込み等）  ２　本研修修了後、どのような役割を担っていきたいと考えていますか？  ３　四大認知症をあげてください。  ・  ・  ・  ・  ４　認知症にみられる中核症状について説明してください。  ５　行動・心理症状（ＢＰＳＤ）が引き起こされる原因について説明してください。  ６　研修修了後、認知症介護指導者養成研修を受講し、指導者として活動していく希望がありますか？（現時点での個人的な思いで結構です。）  希望する　　・　　希望しない　　・　　わからない | | | |