**添書不要　ＦＡＸ：０８６－８０１－９１９０**　MAIL ： [kei@fukushiokayama.or.jp](mailto:kei@fukushiokayama.or.jp)

**認知症介護実践研修（実践者研修）事前課題　様式１**

提出日： 平成29年１０月３日(火)までに提出してください。　受講番号：　**ＯC－**

事業所名：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 氏名：

**課題①　認知症介護についてご自身が体験したエピソードから学んだことを書いてください。**

**＊600字以上　＊記入の目安:文字の大きさ 12pt 横40字×縦15行＝600字で設定しています。**

１２３４５６７８９０１２３４５６７８９０１２３４５６７８９０１２３４５６７８９０

⇒

**課題②　認知症介護に関してご利用者の対応について困っていること、または改善に取り組みたいと思っていることを書いてください。（どなたかお一人のご利用者の対応についてでも構いません。）**

**＊字数の指定はありません。**

⇒