認知症介護実践研修（実践者研修）事前解題　様式２　提出締切日：平成30年7月2日（月）

受講番号：JL－　　事業所名：　　氏名：

＊課題①は600字以上でご記入ください。＊この用紙におさまる範囲でお願いします。

課題①⇒

20 × 20

認知症介護実践研修（実践者研修）事前解題　様式２

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。

課題②認知症介護に関して現場で困っていること、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。

課題②⇒

20 × 20