（様式第13号）

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 　番　　　　　　　　　号

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 　　　　　年　　月　　日

茨城県知事　　　　　　　　　　殿

　　　　住　所

　　　　名　称

　　　　　　　　　　　　　　　　 　 代表者

認知症対応力向上研修報告書

上記研修について，下記のとおり報告いたします。

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 開催年月日 |  | | | | | | |
| 開催場所 |  | | | | | | |
| 研修内容 |  | | | | | | |
| 講　　師 |  | | | | | | |
| 研修受講者内訳 | 医　　師 | | 名 | | 言語聴覚士 | | 名 |
| 歯科医師 | | 名 | | 臨床心理士 | | 名 |
| 薬 剤 師 | | 名 | | 臨床工学士 | | 名 |
| 看 護 師 | | 名 | | 社会福祉士 | | 名 |
| 准看護師 | | 名 | | 介護福祉士 | | 名 |
| 栄 養 士 | | 名 | | ｿｰｼｬﾙﾜｰｶｰ | | 名 |
| 放射線技師 | | 名 | | 精神保健福祉士 | | 名 |
| 臨床検査技師 | | 名 | | その他（　　　　） | | 名 |
| 理学療法士 | | 名 | | その他（　　　　） | | 名 |
| 作業療法士 | | 名 | | 合　　計 | | 名 |
| 研修資料 | 別添資料参照（必ず添付してください。） | | | | | | |
| 研修を実施しての感想等 |  | | | | | | |
| 次回研修開催  計画 | 無　・　有（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | | | | | |
| 県HP掲載同意 (どちらかに〇をつけてください) | 同意　　　　・　　　　　同意しません | | | | | | |
| 報告者情報 | 所属 |  | | 氏名 | |  | |
| 連絡先 |  | | | | | |