

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○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			