【別紙】 講習会事務局（地域活性化協同組合フロンティア） 行き

認知症の人の日常生活・社会生活における意思決定支援ガイドライン研修

**研修講習会 参加申込票 （兼 研修実施にかかるアンケート）**

10月24日（木）実施の研修講習会について、以下の通り 申し込みます。 令和 年 月 日

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 1 | 自治体名 |  （ ）都・道・府・県 ／ 市（指定都市の場合のみ）  |
| 2 | 参加申込者 | 自治体ご担当者 | 講師予定者 |
| （フリガナ） ●●ご氏名  ●● ご所属部署 ●● mail ××@ TEL ×××（××）  | （フリガナ） ◆◆ご氏名 ◆◆ ご所属機関・団体等 ◆◆  |

（下記アンケートへのご協力をお願いします）

 **認知症の人の日常生活・社会生活における意思決定支援ガイドライン研修実施にかかるアンケート**

Q1 意思決定支援ガイドライン研修の実施、または、予定の状況について、あてはまる方にチェック(☒)を入れて下さい。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | 令和元年度 | 令和2年度以降 |
| ㋑独立実施型（講義+グループワーク 計3時間で実施する形式） | [ ]  実施済み・予定している（Q2へ）[ ]  実施しない（Q3へ） | [ ]  実施する予定[ ]  実施しない・未定 |
| ㋺組み込み型（他の研修にDVDを追加して実施する形式） | [ ]  実施済み・予定している（Q2へ）[ ]  実施しない（Q3へ） | [ ]  実施する予定[ ]  実施しない・未定 |

Q2 本年度、実施した・予定している研修はどのようなものですか。

➡ ㋑独立実施型の場合 ・受講対象 [ ]  特定の職種のみ（ ） [ ]  多職種 [ ]  一般住民含む

職種

 ・講師の職種 （ ）

 ▶上記講師の選定理由を簡単にご記入ください （例；地域医師会の推薦だったから など）

 （ ）

➡ ㋺組み込み型の場合 ・組込先の研修 （ ）

 ▶上記研修の選定理由を簡単にご記入ください （例；自治体主催の研修だったから など）

 （ ）

Q3 本年度、研修を実施しない・予定しない主な理由はどのようなものですか。

→