|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 受講番号 |  | 受講者氏名 |  |

２日目

このシートは受講評価の対象としますので、研修内容を振り返り（例：印象に残ったこと、分かったこと、分からなかったこと、出来ること、出来なさそうなことなど）記入し提出してください。

講義２：生活支援のためのケアの演習１ ②

|  |
| --- |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |

講義３：QOLを高める活動と評価の観点

|  |
| --- |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |

**※次のページもあります。**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 受講番号 |  | 受講者氏名 |  |

２日目

このシートは受講評価の対象としますので、研修内容を振り返り（例：印象に残ったこと、分かったこと、分からなかったこと、出来ること、出来なさそうなことなど）記入し提出してください。

講義４：家族介護者の理解と支援方法

|  |
| --- |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |