

介護職員等訪問指導研修実施報告書

| | |
|---------|---|
| 法人名 | |
| 事業所名 | ⑩ |
| 事業所担当者名 | |

(原本の郵送をお願いいたします。)

報告書作成日 令和 年 月 日

| | |
|--|--|
| 開催日 | 令和 年 月 日 () : ~ : |
| 研修テーマ | 【テーマ】 【講師名】 |
| 参加人数 | 介護関係 人 医療関係 人 その他 人 計 人 |
| 本研修実施にあたり良かった点 (該当するものに全てチェックしてください。) | <input type="checkbox"/> 事業所の抱える不安や悩みを解消するのに合致する研修内容であった。 <input type="checkbox"/> 講師の説明内容が容易であり、初任者でも分かりやすかった。 <input type="checkbox"/> 資料が見やすい、分かりやすかった。 <input type="checkbox"/> 研修で学んだ事柄の必要性、重要性について再確認することができた。 <input type="checkbox"/> 最新の知識、情報を得ることができた。 <input type="checkbox"/> 事業所内の今後の改善点が明確になった。 <input type="checkbox"/> 研修実施後、職員の意識が変わり研修効果が実感できた。 <input type="checkbox"/> 研修実施後、すぐに職場で実践、活用できる内容を学べた。 <input type="checkbox"/> 事業所で研修を受けることが出来るため、多くの職員が受講することができた。 <input type="checkbox"/> その他 () |
| 本研修実施にあたり悪かった点 (該当するものに全てチェックしてください。) | <input type="checkbox"/> 事業所の抱える不安や悩みを解消するのに合致しない研修内容であった。 <input type="checkbox"/> 講師の説明内容が難しく、理解できなかった。 <input type="checkbox"/> 資料が見にくい、分かりにくかった。 <input type="checkbox"/> 新たな知識、情報を得るに至らなかった。 <input type="checkbox"/> 研修テーマのメニューが少なかった。 <input type="checkbox"/> 研修の実施にあたり、会場や資機材の準備が困難であった。 <input type="checkbox"/> 希望する日時で開催できなかった。 <input type="checkbox"/> 研修時間が長すぎる、または短すぎる。 <input type="checkbox"/> その他 () |
| 本研修への要望、ご意見 (自由記載) | |

(※研修終了後、1週間以内に事務局あてご提出ください。)