

名前

所属病院名

研修実施報告書

1 研修名	
2 研修日時・会場	
2 研修の目的・テーマおよび選定理由	
3 研修受講者 (職種、人数)	
4 講師	
4 実施プログラム ※実際のプログラム等の 添付でも可	

<p>8 研修の評価 (研修によって得られた効果を含む)</p>	
<p>9 研修を実施しての課題、課題解決に向けた取組等</p>	

・手書き・印字ともに可としますが、手書きの場合はボールペンでご記入ください。

・自施設での研修実施後、本様式にご記入いただき 平成29年10月31日(火) までに
三重県庁長寿介護課 介護福祉班 宛て郵送にてご提出ください。

・提出先

〒514-8570

津市広明町13番地 三重県庁 健康福祉部長寿介護課

介護福祉班 加藤 宛て

(TEL:059-224-3327)