

豊中市生活支援サービス従事者研修実績報告書

年 月 日

豊中市長様

主たる事務所の所在地

商号又は名称

代表者職・名

豊中市生活支援サービス従事者研修実施要領の規定により、下記研修の実績を報告します。

研修の名称	豊中市生活支援サービス従事者研修（修了評価を除く）					
科目	前期課程			後期課程		
	(1) 職務の理解	(2) 老化の理解	(3) 認知症の理解	(4) 介護におけるコミュニケーション技術	(5) 介護における尊厳の保持・介護の基本	(6) 生活支援技術
研修実施日						
受講者数	名	名	名	名	名	名
全課程受講者数	名					

研修事務担当者	所属名： 氏名： 電話： ファックス： メールアドレス：
---------	--