**提出先：福島県社会福祉協議会 福祉研修課（二本松事務所）**

**ＦＡＸ　０２４３－６２－４６３３**

**※送信状不要**

**令和６年度地域介護専門職員研修**

**⑥排泄ケア研修　振り返りシート**

**提出期間：令和６年１０月２５日（金）まで**

このシートは研修を受講した後、実際の職務に活かされたのかを振り返るためのものです。

研修終了の２週間後に記入いただき、提出期間内にＦＡＸでご提出ください。

**【受講者本人記入欄】**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **1.施設事業所名** | | |  | | | |
| **2. 受講番号** |  | **受講者職名** | |  | **氏名** |  |
| **3.今回の研修で学んだことをどのように活用していますか？** | | | **あてはまる項目に○印をつけてください。(複数回答可)**  １．職場等で伝達研修などの学習機会の場を設けた。  ２．自己の業務に活かしている。  ３．活用していない。  ４．その他(　 　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　) | | | |
| **4.今回の研修で学んだことは実際の職務に活かされていますか？** | | | **あてはまる項目に○印をつけてください。**  １．十分活かされた　　２．ほぼ活かされた  ３．どちらともいえない　　４．やや不十分　　５．不十分 | | | |
| **職務に活かされたことや活かされなかったこと等を箇条書きで記入してください。** | | | |
| **5.職務に関連して、関心があること、今後習得したいことはありますか？** | | | **箇条書きで記入してください。** | | | |

**【上司記入欄】**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **6.上司職名** |  | **氏名** |  |
| **7.上司の評価コメント** |  | | |

ご協力ありがとうございました。