**認知症介護実践研修 修了者フォローアップ研修**

整理番号（　　　　　　　　　　）　氏名（　　　　　　　　　　　　　　　　　　）

* 自分達のケアをしている場面で困ったことは何ですか？

提出期限：２月３日（月）１７時まで

提出方法：FAX（FAX番号：078-925-4657）