認知症対応型サービス事業管理者研修 事前課題 様式２提出締切日:平成３１年２月２５日(月)

受講番号：K３－　　事業所名：　　氏名：

＊720字以上でご記入ください。＊この用紙におさまる範囲でお願いします。

課　題　⇒

20 × 20

認知症対応型サービス事業管理者研修　事前課題　様式２

課題：事業所の管理にあたり、管理者として求められること、課題や不安に感じることについてあなたの考えを述べてください。

20 × 20