**No.**

**レ　ポ　ー　ト**

**派遣元自治体（　　　　　　　　　　　）　 氏名（　　　　　　　　　　　 　）**

1. **この研修で構築を目指す地域ケアシステムのテーマ、対象者、目的、概要についてお書きください。**

**・テーマ：**

**・対象者：**

**・目的：**

**・概要：**

1. **この地域ケアシステムが構築されることにより、「期待される効果※」についてお書きください。※対象集団に対して、どのような効果が期待されるか。**
2. **研修受講環境についてのお伺い**

**研修への専念について、以下の質問について「はい」、「いいえ」のうちあてはまる方に〇をご記入下さい。**

|  |  |
| --- | --- |
| 1. **本研修は受講が決定すると、事前遠隔講義（オンデマンド）視聴後に事前準備資料の提出及び必要に応じて再提出が必要になります。これらの準備を行うことは可能ですか？** | **１．はい　　　　　　　２.いいえ** |
| 1. **研修期間中はグループワークが多いため、研修期間中は研修に専念して頂く必要があります。本研修に専念できますか？** | **１．はい　　　　　　　２.いいえ** |
| 1. **研修の修了のためには、前期・後期合計８日間出席する事が必要となります。全日出席が可能ですか？　（緊急の場合を除き遅刻・早退は認められません）** | **１．はい　　　　　　　２.いいえ** |

**お忙しいところご回答頂きまして、ありがとうございました。**

**【記載上の留意点】**

**・ 受講可否選定資料の一部といたしますので、地域ケアシステムに関する1と2の分量は、A4サイズ1枚以内で作成し、受講申込書に添えてご提出下さい。**

**・本レポートに基づき、受講生の選定と研修時のグループ編成を行います。受講決定後に、地域ケアシステムのテーマを大幅に変更することは、研修の準備と運営に支障を来しますのでご遠慮ください。**