**No.**

**レ　ポ　ー　ト**

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

【記載上の留意点】

* **受講可否選定資料**といたしますので、A4サイズ**２枚以内**にまとめて作成し、受講申込書に添えて提出して下さい（フォントは変更しないでください）
* 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たしますのでご遠慮ください。
1. **この研修では、ご自身で地域ケアシステムの構築を計画、実践、評価していただきます。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。※対象者に対して、どのような効果が期待されるか。**
2. **本研修の受講を踏まえ、所属自治体における地域ケアシステム構築に関する人材育成に対して、あなたにはどのような関与ができると考えますか。**
3. **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いただき、ありがとうございました。**