**業務実施報告書**

**１　歯科医師 認知症対応力向上研修**

（１）開催日時

（２）開催会場

（３）講義内容

※テーマ・講師名を記載すること

（４）参加人数

※次第・出席者名簿（職種含む）・研修の内容が分かる資料等を添付すること

**２　薬剤師 認知症対応力向上研修**

（１）開催日時

（２）開催会場

（３）講義内容

※テーマ・講師名を記載すること

（４）参加人数

※次第・出席者名簿（職種含む）・研修の内容が分かる資料等を添付すること

**３　病院等勤務医療従事者 認知症対応力向上研修**

（１）開催日時

（２）開催会場

（３）講義内容

※テーマ・講師名を記載すること

（４）参加人数

※次第・出席者名簿（職種含む）・研修の内容が分かる資料等を添付すること

**４　事業の成果・効果**

　　　※アンケートの集計結果を含め記載すること

**５　その他参考資料（必要なものがあれば）**