（様式3-1）

**ＯＮＥアクション研修　実施報告書**

愛知県福祉局高齢福祉課地域包括ケア・認知症施策推進室

ＯＮＥアクション研修担当　御中

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | 提出日 | 令和 |  | 年 |  | 月 |  | 日 |
|  | 名　　　　　称 |  |
|  | 担当者 | 所属・役職 |  |
|  |  | 氏名 |  |

ＯＮＥアクション研修について下記のとおり実施しましたので報告します。

# １．実施した職場について（ステッカー・ピンバッジ送付先）

|  |  |
| --- | --- |
| 名称・屋号 |  |
| 支店名・店舗名 |  |
| ステッカー番号 |  | ※既に取得している場合は記入してください |
| 所在地 | 郵便番号 |  |
|  | 住所 |  |
| 連絡先 | 所属・役職 |  |
|  | 氏名 |  |
|  | 電話番号 |  |

# ２．ONEアクション研修の実施状況について

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 実施日時 | 令和 |  | 年 |  | 月 |  | 日 |  | ： | ～ |  | ： |  |
| 会場 | 名称 |  |
|  | 会場の所在地 |  |
| 受講者数 | 対象 |  |
|  | 受講者総数 |  |
|  |  | **うちＯＮＥアクション研修****新規受講者数※** |  | うち認知症サポーター養成講座受講者数 |  |
|  | 所属・役職 |  |
|  | 氏名 |  |

**※ピンバッジ送付数になります。**

# ３．ステッカー配布希望枚数について

|  |  |
| --- | --- |
|  | 枚　※最大３枚まで（店舗の出入口等が複数ある場合は複数枚を申請可能） |

（裏面へ続く）

（様式3-1つづき）

# ４．研修ご担当者アンケートにご協力ください

## Ｑ１　ＯＮＥアクション研修を実施した目的について記入してください。

|  |
| --- |
|  |

## Ｑ２　外部講師に依頼してよかったことを記入してください。（外部講師を依頼した職場の方のみ）

|  |
| --- |
|  |

## Ｑ３　自社職員が講師を実施してよかったことを記入してください。

# （自社職員が講師を実施した職場の方のみ）

|  |
| --- |
|  |

## Ｑ４　ＯＮＥアクション研修の実施により得られた成果について記入してください。

|  |
| --- |
| （受講者の反応） |
|  |
| （職場の改善） |
|  |
| （その他） |
|  |

## Ｑ５　ＯＮＥアクション研修に対する意見・感想など自由に記入してください。

|  |
| --- |
|  |

**※愛知県ホームページにおいて、名称・屋号、支店名・店舗名、実施日時、受講者数が公表されます。**

**※「実施報告書（様式3-1）」は、回収した「受講者アンケート（様式2）」と合わせて提出してください。**