

令和2年度和歌山県認知症介護実践研修（実践リーダー研修） 実施要項

1 目的 介護保険施設・事業所に従事する者を対象に、ケアチームにおける指導的立場として実践者の知識・技術・態度を指導する能力および実践リーダーとしてのチームマネジメントの能力を修得させる。

2 実施機関 社会福祉法人 喜成会

3 受講対象者（1と2の両方を満たすこと）

（1）和歌山県内の介護保険施設・事業所等に所属しており、介護業務に概ね5年以上従事した経験を有するもの

（2）実践者研修（認知症（痴呆）介護実務者研修・基礎課程）を修了し1年以上経過しているもの

4 日数 講義・演習・実習のまとめ10日間、職場実習4週間

5 研修日程・会場

場所：県民交流プラザ和歌山ビッグ愛

第1日目	第2日目	第3日目	第4日目	第5日目	第6日目
9月17日 (木)	9月24日 (木)	10月1日 (木)	10月8日 (木)	10月15日 (木)	10月22日 (木)

第7日目	第8日目	第9日目	職場実習 (自施設実習) 4週間	第10日目
10月29日 (木)	11月5日 (木)	11月12日 (木)		12月23日 (水)

6 定員 50名（先着順とさせていただきます。）

但し、1法人から複数者の申し込みがあった場合、申し込み順に1法人につき1名ずつ受け付け、これを繰り返して定員に達するまでとします。

7 受講申し込み先等

（1）申し込み方法

原則郵送とします。別紙「令和2年度認知症介護実践研修（実践リーダー研修）申込書」に必要事項を記入の上、下記「（2）提出書類」を添えてお申し込み下さい。

（2）提出書類

「認知症介護実践研修（実践者研修）」又は「認知症（痴呆）介護実務者研修（基礎課程）」の修了証書のコピー

(3) 申し込み・問い合わせ先

社会福祉法人 喜成会

〒649-6331 和歌山市北野 118 の2 TEL・073-462-1165

(4) 提出期限 令和2年 7 月 31 日(金)【必着】

8 受講決定通知

受講決定通知は、令和2年 8 月 10 日(月)までに送付します。

受講決定通知が届かない場合は、申込先に連絡してください。

9 受講料

受講料は、4万円 です。

※受講料の納付方法については、受講決定通知時にお知らせします。

返金については、第一日目の前日までにキャンセルされた方については手数料を差し引いた金額をお返しします。ただし、開講以降受講できない状況が発生した場合については返金いたしかねますのでご了承ください。

10 修了証書

(1) すべての研修課目を修了と認めた場合のみ交付します。

(2) 遅刻、早退、欠席した場合、修了証は交付できません。

(3) 提出書類等(報告書等)に不備がある場合は、修了書を交付できないことがあります。

(4) やむを得ない事情により受講できない状況については理由書を提出して頂いた上で対処いたします。(受講の継続および中止)

※受講継続が認められた場合は補講等の対応を行います

11 個人情報の取扱いについて

「受講申込書」等、各種添付書類に記載された個人情報については、適正管理を行い、当該研修における運営管理以外の目的に利用することはありません。

12 その他 申込書の控え(コピー)を必ず保管してください。

受講日は、印鑑・筆記用具・昼食等をご持参ください。

令和2年度認知症介護実践研修（実践リーダー研修）受講申込書

申込日 令和2年 月 日

法人名		事業所名	
代表者名	担当者 印		
所在地	〒		
	TEL ()	FAX ()	
現勤務先	() 1. 小規模多機能型居宅介護	() 6. 介護療養型医療施設	
該当する ところに○を して下さい	() 2. 認知症対応型共同生活介護	() 7. 通所介護	
	() 3. 認知症対応型通所介護	() 8. 訪問介護	
	() 4. 介護老人福祉施設	() 9. 通所リハビリテーション	
	() 5. 介護老人保健施設	() 10. その他	
※ 下記のものについて、令和2年度の認知症介護実践研修（実践リーダー研修）の受講を申し込みます。 つきましては、課題作成のための自施設におけるOJT（職場内教育）実習を承諾します。			

【受講申込者に関する記入欄】

氏名	(ふりがな)			
	印 男 ・ 女			
生年月日	S・H	年	月	日生 (歳) *氏名・生年月日は、修了証書に記載しますので正確に記入下さい
役職	1. 管理者 2. 計画作成担当者 3. 介護員 () 4. サービス提供責任者 5. 生活相談員 6. 栄養士 7. 機能訓練指導員 8. 介護支援専門員 9. その他 ()			
保有資格	1. 介護福祉士 2. 社会福祉士 3. 訪問介護員・ヘルパー 4. 看護師 (准) 5. 介護支援専門員 6. 栄養士 7. その他 ()			
介護に 従事した 施設 ・ 経験年数	(施設名)	(経験年数)	年	ヶ月
			年	ヶ月
			年	ヶ月
			年	ヶ月
	介護に従事した経験の合計年数は、 年 ヶ月 ※ 介護に従事した経験年数は、5年が必要です			
受講した 研 修	平成・令和 年 月 日 修了 () 認知症介護実践研修 (実践者研修) () 認知症介護実践研修 (実践リーダー研修) () 認知症 (痴呆) 介護実務者研修 (基礎課程) () 認知症 (痴呆) 介護実務者研修 (専門課程) ※修了証書のコピーを必ず添付して下さい。 (受講開始までに1年以上経過していることが必要です)			
受講場所	県民交流プラザ和歌山ビッグ愛			

本申込書に記載された内容につきましては、個人情報保護条例等の規定により適正な管理を行い、本研修の実施に関する業務以外には使用しません。