

令和 2 年度和歌山県認知症介護実践研修（実践者研修） 実施要項

- 1 目的 介護保険施設・事業所に従事する者に対し、認知症介護の理念および認知症介護に関する実践的な知識及び技術を修得させる。
- 2 実施機関 社会福祉法人 喜成会
- 3 受講対象者 和歌山県内の介護保険施設・事業所に所属しており、身体介護（看護）に関する基本的知識・技術を習得している者であって、概ね実務経験2年程度の者
 ※留意事項 (1) 認知症対応型サービス事業管理者研修、小規模多機能型サービス等計画作成担当者研修、認知症介護実践リーダー研修を受講するためには当研修を修了していることが必要です。
 (2) 既に認知症（痴呆）介護実務者研修（基礎課程）を修了している場合は、当研修を受講する必要はありません。
- 4 日数 7 日間（講義＋演習 6 日間、実習のまとめ 1 日）、職場実習約 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

（紀北・夏期コース）令和 2 年

第 1 日目	第 2 日目	第 3 日目	第 4 日目	第 5 日目	第 6 日目	第 7 日目
5 月 21 日 (木)	5 月 27 日 (水)	6 月 4 日 (木)	6 月 10 日 (水)	6 月 18 日 (木)	6 月 25 日 (木)	8 月 6 日 (木)

（紀北・冬期コース）令和 3 年

第 1 日目	第 2 日目	第 3 日目	第 4 日目	第 5 日目	第 6 日目	第 7 日目
1 月 14 日 (木)	1 月 21 日 (木)	1 月 28 日 (木)	2 月 2 日 (火)	2 月 12 日 (金)	2 月 18 日 (木)	3 月 25 日 (木)

※職場実習は、自施設で行います。実習について法人の了解を得て下さい。

※開設準備中等のため実習施設が確保出来ない場合は、各法人で協力いただける事業所（認知症高齢者グループホーム等）を探し実施してください。

- 6 定員 紀北・夏期コース 60 名（原則先着順）
 紀北・冬期コース 60 名（原則先着順）

7 受講申込送付先・お問い合わせ先

- (1) 提出書類 認知症介護実践研修（実践者研修）受講申込書（和歌山会場）
- (2) 申込先 社会福祉法人喜成会

〒649-6331 和歌山市北野 118 の 2

TEL・073-462-1165

- (3) 提出期限 夏期コース 令和2年 4月30日(木)【必着】(郵送のみ)
冬期コース 一次募集 令和2年4月30日(木)【必着】(郵送のみ)
二次募集 令和2年12月10日(木)【必着】(郵送のみ)
※ 冬期コースに関して申込者が29名以下の場合は開講致しませんので
ご了承ください。

- 8 受講決定通知 受講決定通知は、令和2年5月8日(金)までに通知します。
通知が届かない場合は、申込先に連絡してください。また、冬期
コースの二次募集に関し開講する際は、令和2年12月18日(金)
までに通知致します。
なお、応募者が定員を上回った場合は、当研修の受講が義務づけられ
ている職務(施設の管理者、計画作成担当者など)への就任を予定さ
れている方を優先して決定します。
またコースの変更をお願いすることがありますので、ご了承下さい。
※同一事業所内より2名以上申し込みされる場合は、必ず申し込み用
紙の優先順位の欄にご記入をお願いします。定員超過の場合は、お断
りさせていただくことがあります。

- 9 受講に係る費用 実費相当 2,5万円です。
※受講料及び納付方法は、受講決定時にお知らせします。
受講第一日目前日までにキャンセルされた方につきましては、手数
料を差し引いた金額をお返しします。第一日目以降のキャンセルに
つきまし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) 欠席、遅刻、途中退席した場合、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
提出して頂いたうえで対処いたします。(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（実践者研修）申込書

申込日 令和2年 月 日

法人名	事業所名	
代表者名	担当者名 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 () 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	
該当するところに ○をして下さい		
※ 介護の事業所に勤務していない場合、課題作成のための実習を承諾した法人名を記入して下さい。		
法人名	責任者 印	
所在地		
※ 下記のものについて、令和2年度の認知症介護実践研修（実践者研修）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実習を承諾します。		

【受講申込者に関する記入欄】

《同一事業所内優先順位 位》

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 (級) 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・事業所)	(経験年数)	年 ヶ月
			年 ヶ月
			年 ヶ月
			年 ヶ月
			年 ヶ月
			年 ヶ月
	(就業中の場合は、申込書記入月でお書き下さい)		介護に従事した経験の合計年数は、 年 ヶ月
受講希望コース (希望コースに○)	*第2希望まで記載お願いします(夏期コースが定員より多い場合冬期コースへの変更をお願いすることがあります) 第1希望：紀北(夏期・冬期)コース / 第2希望：紀北(夏期・冬期)コース		
受講申込の理由 (該当するものすべてに○)	1.事業所の人員基準を満たす必要があるため 2.事業所の研修受講者が3名未満のため 3.高齢者の権利擁護推進のため 4.事業所の認知症ケア向上のため 5.受講者自身の認知症ケアの向上のため 6.その他 ()		
その他	令和2年度受講を希望する研修名(申込は市町村へ) () 認知症対応型サービス事業管理者研修(勤務経験3年必要) () 認知症対応型サービス事業開設者研修(勤務経験必要) () 小規模多機能型サービス等計画作成担当者研修(介護支援専門員であること)		

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。