

平成 26 年度 第 2 回 認知症介護実践研修(実践者研修)開催要項

認知症介護実践研修は、高齢者介護実務者等に対し、認知症高齢者の介護に関する実践的研修を実施することにより、認知症介護技術の向上を図り、認知症介護の専門職員を養成し、もって認知症高齢者等に対する介護サービスの充実を図ることを目的に実施するものです。

1. 日 程

○講義・演習：

平成 26 年 12 月 4 日 (木)・10 日 (水)・16 日 (火)・17 日 (水)・24 日 (水)
1 月 8 日 (木)・22 日 (木)・2 月 9 日 (月) 計 8 日間

○実 習：自施設実習 4 週間

(自施設実習 4 週間で 1000 字以上の研修レポートをパソコンにて作成)

※未提出の場合は修了証書の発行は致しませんのでご注意ください。

2. 会 場

・大阪府社会福祉会館

〒542-0012 大阪市中央区谷町 7-4-15

(大阪市営地下鉄「谷町六丁目駅」駅 ④番出口より南へ 200m)

3. 受講対象施設

大阪府内（大阪市内及び堺市内を除く）の介護サービス事業者（地域密着型サービス事業者を除く）

4. 研修受講対象者

介護現場における実務経験が 2 年以上で、認知症の知識を習得している
上記 3 の対象施設において介護業務に従事している者。

5. 定 員

80 名 ※お申込み多数の場合は抽選とさせていただきます。

6. 参加費用

30,000 円

※テキストご希望の方は、別途テキスト代 2,376 円(税込)および
送料 300 円が必要です。

使用テキスト：「第 2 版 新しい認知症介護実践者編」中央法規出版

※上記テキストをお持ちの方は購入は不要です。

また、各自書店等で購入して頂いても結構です。

7. 申込方法

申込用紙に必要事項を記載し、下記宛先まで**郵送**してください。

※ この研修は、講義・演習 8 日間と、自施設実習 4 週間の実習を伴う研修になります。
必ず所属長の推薦を受けてお申込ください。全日程参加できなければ修了証書は発行
できません。遅刻・早退も認められませんので、必ず全日程出席できる方のお申込を
お願い致します。

※ 受講申込書には公印を必ず押してください。

【お申込先】

〒542-0012

大阪市中央区谷町 7 丁目 4-15 大阪府社会福祉会館 3 階

公益社団法人 大阪介護福祉士会「認知症介護実践研修事務局」 宛

8. 募集締め切り

平成 26 年 11 月 10 日必着

※お申込多数の場合は抽選とさせていただきます。

9. 受講決定

お申込が多数の場合は、抽選のうえ受講者を決定し、受講が決定された方には決定通知
を、受講頂けない方についてはその旨の通知を所属長宛に郵送致します。

※通知発送予定：平成 26 年 11 月下旬予定

※期限を過ぎたお申込については通知を致しませんのでご了承ください。

10. その他

- (1) 本研修の全日程を修了された方には修了証書を交付致します。
- (2) 本研修の申込書等に記載された事項は、個人情報の規則に則り適正に管理
し、①本研修の実施、②国・府における業務に関する検討及び③公的機関
における研修事業調査研究に必要な範囲以外に使用することは致しません。

11. 研修実施主体

公益社団法人 大阪介護福祉士会

※大阪府認知症介護実践研修事業者指定実施要領に基づく指定法人

(平成 24 年 5 月 17 日大阪府指定)

12. お問い合わせ先

公益社団法人 大阪介護福祉士会

認知症介護実践研修担当

(平日 10:00~16:30 でお願いします。)

TEL: 06-6766-3633

認知症介護実践研修（実践者研修）Ⅰ 受講申込書

フリガナ		性 別	男 ・ 女
受講希望者氏名			
生年月日	昭和・平成 年 月 日 （ 才） ※受講者氏名と生年月日は修了証書にも記載しますので、楷書で正確にご記入ください		
職種・役職		介護実務経験年数	年 ヶ月
取得している資格等	介護福祉士・社会福祉士・訪問介護員（１級・２級） 看護師・その他（ ）		会員の有無 一 般 ・ 会 員
施設（事業所）名	フリガナ		
サービスの種類	１.介護老人福祉施設 ２.介護老人保健施設 ３.訪問介護 ４.通所介護 ５.その他（ ）		
所在地	〒 ー		
電話番号		FAX 番号	
事務連絡担当者名		テキスト	要（購入希望） ・ 不要

※使用テキストを既にお持ちの方、又は各自で用意される方はご購入頂かなくても結構です。

認知症介護実践研修（実践者研修）の受講生として上記の者を受講させたく申し込みます。

{法人・施設(事業所)名}

{施設(事業所)長名}

公印

- ※ 実習も含め全日程とも参加できる方をご推薦願います。
 ※ 受講者氏名と生年月日は、修了証書にも記載しますので、正確にお書きください。
 ※ 本申込書は、郵送にてお送り下さい。

本申込書に記載された事項につきましては、個人情報保護等の規定に則り適正な管理を行い、府の指定に係る本研修事業の実施及び認知症介護研究・研修センター（東京・仙台・大府）が実施する認知症介護実践者等養成研修事業に関する業務以外に使用することは致しません。