

平成29年度 第2回 認知症介護実践研修(実践リーダー研修)のご案内

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します。

1. 日 程

○講義・演習：12月 6日(水)・8日(金)・11日(月)
18日(月)・20日(水)・26日(火)
1月 5日(金)・11日(木)・15日(月)
2月 8日(木)
3月 6日(火) の計11日間

○自施設実習：1月15日(月)～3月6日(火)

※この研修は、講義・演習11日間と自施設実習6週間を伴う研修になります。

2. 会 場

社会福祉法人聖徳会 大阪老人ホーム 地域交流センター
(〒580-0043 大阪府松原市阿保3丁目14番22号)

※受講者数によって、変更する場合があります。

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

介護業務に概ね5年以上従事した経験を有する者であって、実践者研修(旧基礎過程を含む)を修了し、1年以上経過している者。

5. 研修受講要件

- (1) 受講決定者には「事前課題レポート」(パソコンにて1000字以上)を提出して頂きます。詳細に関しては受講決定通知を送付する際にお知らせ致します。
- (2) 自施設実習は、「実習協力者」が必要となりますので、必ず所属長の推薦と同意を得てお申込ください。
- (3) 自施設実習の最終日(3/6)に、「研修レポート」(パソコンにて5000字以上)を提出して頂きます。

6. 定 員

60名 ※お申込み多数の場合は抽選とさせていただきます。

7. 参加費用

50,000円（受講料）＋4,536円（テキスト代）＋400円（送料）

※テキストをお持ちでない方は、テキスト代及び送料が必要です。

使用テキスト：『認知症介護実践リーダー研修標準テキスト／

株式会社ワールドプランニング』

※上記テキストをお持ちの方は購入不要です。また、各自書店等で購入して頂いても結構です。

8. 申込方法

申込用紙に必要事項を記載し、実践者研修（基礎課程を含む）修了証書のコピーを同封のうえ、下記宛先まで郵送してください。

※受講申込書には公印を必ず押してください。

【お申込先】 〒580-0043 大阪府松原市阿保3丁目14番22号
社会福祉法人聖徳会「認知症介護実践研修事務局」 宛

9. 募集締め切り

平成29年 11月 6日（月）必着

10. 受講決定

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：11月中旬頃

※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。

11. その他

(1) 自施設実習6週間の取り組みも含めて、全講義を修了された方には、「修了証書」を交付致します。（欠席や遅刻、早退は一切認められません。）

(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。

12. 研修実施主体

社会福祉法人 聖徳会

※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21年3月19日大阪府指定）

13. お問い合わせ先

社会福祉法人聖徳会 認知症介護実践研修事務局（担当：小森・海堀）

TEL：072-331-4164 / FAX：072-334-2362

平成29年度 認知症介護実践研修（実践リーダー研修）受講申込書

受講希望者 氏名	ツガナ	性別	男・女
生年月日	昭和・平成 年 月 日 (才) ※氏名と生年月日は修了証書にも記載しますので、 <u>楷書で正確</u> にご記入ください		
職種・役職	介護実務経験年数	年 月	
取得している 資格等	介護福祉士・社会福祉士・看護師 訪問介護員（1級・2級）・介護支援専門員 その他（ ）	認知症介護実践者研修修了日 (修了証コピーを添付のこと) 年 月 日	
施設名 (事業所名)	ツガナ		
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	〒 -		
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（実践リーダー研修）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

- ※ 各施設（事業所）等において、認知症介護の推進役となる方をご推薦願います。
- ※ 自施設実習の取り組みも含め、全講義に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。
- ※ 実践者研修の修了証書の写しを添付してください。

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。