

令和3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：令和3年11月25日(木)・30日(火)・12月6日(月)・11日(土)
12月20日(月)・27日(月)・1月10日(月)・27日(木) 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。

講師・会場の都合により、会場・日程・時間等の変更がある
場合がございますのでご了承ください。

2. 会 場

大阪府社会福祉会館（大阪市中央区谷町7丁目4-15）

（地下鉄谷町線「谷町六丁目」駅4番出口・「谷町九丁目」駅2番出口）

※講師・会場都合により会場・日程・時間を変更する場合がございますのでご了承ください。

3. 受講対象事業者

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

(1) 上記3の対象事業者に従事する介護職員等で介護に関する基本的知識・技術を取得している者であって、2年以上の実務経験を有する者

(2) 自施設（事業所）を利用されている認知症の人に協力者として研修に協力していただき、1名分の自施設実習誓約書・承諾書が準備できる者

5. 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。）

6. 受講料

36,020円（受講料32,500円、テキスト代3,520円（税込））

※テキストは初日に配布します。平成29年度よりカリキュラム内容変更に伴い、テキストも一新されたため、全受講生に購入していただきます。

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。

なお、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等で作成していただきます。パソコン操作も研修の一環となっております。

また、研修レポート等の作成に関しましては、マイクロソフト社製 Word2007 以降のバージョンを使用していただく必要があります。他社製のソフトを使用された場合に位置ずれ等が発生した場合、研修書類の提出とは認められませんので、予めご準備していただきますようお願いいたします。

※ 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

令和 3 年 10 月 20 日（水）必着

※新型コロナウイルス感染症による緊急事態宣言が延長等された場合、研修が延期または中止になる場合がございますので、予めご了承ください。

9. 受講決定

お申込み多数の場合は、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書と必要書類を順次発送します。受講いただけない方についてはその旨の通知を所属長あてに郵送いたします。ただし、受講決定通知書に記載の期日までに入金確認ができない場合は、自動キャンセルとなります。充分お気を付けてください。

※受講に関して電話での対応は出来かねます。

また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 事務局

E-mail : info@kaigo-osaka.jp

令和3年度 第2回 認知症介護実践研修（実践者研修）

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、 <u>楷書</u> で正確にご記入ください			
職 種		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・看護師 その他 ()		介護福祉士会会員の有無 (どちらかに○) 会 員 ・ 一 般	
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	〒 —			
電話番号		FAX 番号		
E-mail	@			
事務連絡担当者名				

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、必ず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。