

2023年度第1回認知症介護実践研修(実践リーダー研修) 受講者募集のご案内【3次募集】

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。(昨年度よりカリキュラムが新しくなりました)

1. 日 程

○講義・演習：6月14日(水)・21日(水)・29日(木)・7月6日(木)・15日(土)・
8月8日(火)・29日(火) の計7日間

○職場実習：7月16日(日)～8月28日(月) の内の4週間

※この研修は、講義・演習と職場実習(4週間)を伴う研修になります。

2. 会 場

松原商工会議所 2階会議室【〒580-0043 大阪府松原市阿保1丁目2番30号】

近鉄南大阪線「河内松原」駅 北西出口より徒歩約10分

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所にお勤めの方は、管轄の市町村担当窓口お問い合わせください。)

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(旧基礎課程を含む)を修了し、1年以上経過している者。

5. 研修受講要件

(1) 全日程とも欠席・遅刻・早退なく集合研修に参加できる者。オンライン受講は出来ません。

(2) 「実習協力者(同僚職員から1名)」を選出できる者。必ず所属長の推薦と同意を得てお申込ください。

(3) 毎回の提出物や最終日(8/29)に提出の「研修レポート」(3,000～5,000字)をパソコン入力で作成できる者。各書類の手書きでの作成は原則認められません。

6. 定 員

60名程度 ※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) + 3,300円(テキスト代※購入を希望する方のみ)

※テキストは、昨年度より新しくなりました。講義内で使用しますので、お持ちでない場合は必ずご購入ください。なお、書店等を探してご自身で購入していただいても構いません。

『新訂・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』(B5判)

裏面あり

8. 申込方法

①申込書、②実践者研修(旧基礎課程を含む)の修了証書のコピーを添付のうえ、郵送またはメールにて下記宛先までお申込ください。※①申込書は、聖徳会ホームページよりダウンロードしたデータファイルへ入力し作成いただいても構いません。

【お申込先】

郵送 ※受付完了の確認をご希望の場合は、簡易書留等をご利用願います。

〒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

メール ※受付完了メールを返信します。(確認まで3日ほどかかる場合がございます)

kensyu-jimukyoku@shoutokukai.or.jp

- 件名は「実践リーダー研修申込(氏名)」としてください。
- ②実践者研修(旧基礎課程を含む)の修了証書のコピーは、PDF化し添付してください。

9. 募集締め切り

2023年5月9日(火) 必着

※普通郵便の場合、発送から到着まで平日丸3日程度要しますのでご注意ください。

※ゴールデンウィーク中は普通郵便が届きませんので、お急ぎの際は速達等をご利用ください。

10. 受講決定通知

申込多数の場合は抽選のうえ受講者を決定し、受講可否の通知を所属長様宛に郵送致します。

※5月10日(水) 受講者の決定についてホームページにて案内します。

※5月11日(木) 頃 受講決定通知書を発送予定です。

11. その他

(1) 新型コロナウイルス感染防止策について

5月8日以降の大阪府からの要請内容に従って決定し、受講決定通知にてお知らせします。

(2) 本研修は、全日程とも欠席・遅刻・早退が認められません。いずれも修了不可となります。

(3) 職場実習4週間の取組みも含め全講義を修了された方には「修了証書」を交付致します。

(4) 申込書に記載された事項につきましては、大阪府個人情報保護条例等の規定により適正な管理を行い、府の指定に係る本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。

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

TEL: 072-331-4164 / FAX: 072-334-2362

2023年度 第1回認知症介護実践研修（実践リーダー研修）受講申込書
 枠内の※欄はいずれかに○を付けてください。

受講希望者氏名	フリガナ		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・介護支援専門員・初任者研修・実務者研修・看護師・准看護師・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(事業所)名	フリガナ			
サービスの種類 ※	介護老人福祉施設・介護老人保健施設・訪問介護・通所介護・その他 ()			
事業所住所	〒			
電話番号		FAX番号		
テキストの購入 ※	希望する・希望しない	事務担当者	フリガナ	
E-mail				
受講に関する確認事項（確認・承諾できた場合、左側空欄に○を記入してください。）				
	受講希望者は施設(事業所)において、認知症介護の推進役となる者である。			
	受講希望者は、職場実習も含め、全日程とも欠席・遅刻・早退せずに参加できる者である。			
	施設(事業所)として、職場実習の実施について承諾する。			
	受講希望者が所属する事業所は、地域密着型サービス事業所ではない。			

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】（郵送物の宛名となります）

- ※ 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。
- ※ 職場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必ず添付してください。

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に関する業務以外に使用することはいたしません。