**令和３年度認知症介護実践リーダー研修受講申込書**

このことについて、下記のとおり申込みます。

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　令和３年　　　月　　　日

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ふりがな |  | 生　年  月　日 | | 昭和  平成 | 年　　 　月 　　　日 | |
| 受講希望者氏　　　 名 |  |
| 受講希望者住　　　 所  連 絡 先 | 〒　　　－　　　　　　　TEL　　　　－　　　－ | | | | | |
| 施設　　　事業所名 |  | | 当該申込に関する  連絡担当者氏名 | | |  |
| 施設　　　事業所　　　住所/連絡先 | 〒　　　　－　　　　　TEL　　　　－　　　－ | | | | | 施設定員　　　　　人 |
| 事業所種別 | ※　該当項目に○をしてください。  　１　認知症対応型共同生活介護　　　２　認知症対応型通所介護  　３　小規模多機能型居宅介護　　　　４　介護老人福祉施設  　５　介護老人保健施設　　　　　　　６　介護療養型医療施設  　７　訪問介護　　　８　通所介護　　９　その他（　　　　　　　　　　　　　　） | | | | | |
| 受講目的 | ※　該当項目に○をしてください。  　１　認知症対応型共同生活介護事業所の短期利用に係る要件として受講が必要  　２　１以外の目的（スタッフの資質向上等） | | | | | |
| 研修受講  について | ※　受講者を選定する際の参考とさせていただきますので、必ず記入してください。  ・事業所所属職員の本研修（旧基礎課程含む）修了者数　　　　　　人  ・受講希望者本人の本研修申込回数（今回の申込を除く）　　　　　回 | | | | | |
| 受講希望者  職種・役職等 |  | | | | | |
| 受講希望者  取得資格等 | ※　該当項目に○をしてください。  　　１　介護支援専門員　　　２　介護福祉士　　　　　　３　社会福祉士  　　４　精神保健福祉士　　　５　訪問介護員（　）級　　６　看護師・准看護師  　　７　保健師　　　　　　　８　その他（　　　　　　　　　　　　　　） | | | | | |
| 推薦理由  ※所属長または当該事業所の責任者が記入してください。  　※実践リーダーとして職員を指導しチームケアの調整を行い、さらに認知症介護の推進役として現場でその知識と技術を発揮し、展開していくことができると判断した理由を記入してください。 | | | | | | |
|  | | | | | | |
| 推　薦　者  （法人/施設/事業所名）  公印    （代表者：施設/事業所長名） | | | | | | |

※**修了証書にも使用しますので、氏名・生年月日は正確に書いてください。**

裏面も必ず記入してください。

介護業務等に関する実務経験について記入してください。

なお、実務経験年数合計は、申込日現在で、通算の年数を記入してください。（1か月未満切り捨て）

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 勤　務　先 | 職種・役職 | 従　事　期　間 |
|  |  | 昭和・平成・令和　　年　　月　　日から  昭和・平成・令和　　年　　月　　日まで  （※計　　　年　　　か月） |
|  |  | 昭和・平成・令和　　年　　月　　日から  昭和・平成・令和　　年　　月　　日まで  （※計　　　年　　　か月） |
|  |  | 昭和・平成・令和　　年　　月　　日から  昭和・平成・令和　　年　　月　　日まで  （※計　　　年　　　か月） |
|  |  | 昭和・平成・令和　　年　　月　　日から  昭和・平成・令和　　年　　月　　日まで  （※計　　　年　　　か月） |
|  |  | 昭和・平成・令和　　年　　月　　日から  昭和・平成・令和　　年　　月　　日まで  （※計　　　年　　　か月） |

**実務経験年数合計　 　年　　月（うち認知症介護経験　　　年　　月）**

≪研修受講の事前確認事項≫

〇自施設実習について

　内容を確認の上、**□枠にチェック**をお願いします。

　　※受講者が円滑に当該研修を修了していただくために必要な施設・事業所としての

協力事項確認するためのものです。

* 自施設実習は、認知症の人への適切なアセスメント及びケアの実践をとおして、

実践者としての役割の理解を深め、その技能を磨くため、受講者自身が所属する**自施設で、対象となる認知症の利用者を選定し、アセスメント及び実践計画を作成の上、この計画に基づき実践を行う内容であること**を確認しました。

* **施設・事業所長及び職場関係者は**、受講者が４週間の自施設実習に通常業務と並行して取り組むことができるよう**協力**します。
* 受講者は、実習計画について施設・事業所長等と相談のうえ作成し、**施設・事業所長等は、当該自習計画に基づき進捗管理を行い、必要な助言・評価**を行います。
* **施設・事業所長等**は、実習期間や実習課題について、他の職員へ周知し、受講者が自施設実習に集中できるよう、**施設・事業所全体として協力**します。

※本紙（受講申込書）の**記入箇所において、空欄があった場合は書類不備**として申込書を受け付けられないことがありますので、十分に注意してください。