※FAXでの申込不可

別紙様式２　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（※コピーしてお使いください）

令和３年度「認知症介護実践リーダー研修」受講申込書

令和３年　　　月　　　日

福井県社会福祉協議会長　様

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　施設・事業所名

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　施設・事業所長名

令和３年度「認知症介護実践リーダー研修」について、下記の者を受講させたいので申し込みます。

なお、介護実務経験年数については、記載のとおりであることを証明します。

　　また、本研修受講者の自施設実習（１８日間）については、研修であることを施設・事業所全体で理解し、必要な協力および配慮することを約束いたします。

記

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 事業所名 |  | 法人名称 |  |
| 事業所種別 |  | 連絡担当者 | 　　　　　　　　　（職名：　　　　） |
| 事業所住所 | 〒電話（　　　　） 　　－ 　　　　　ＦＡＸ（　　　　） 　　－ 　　　　 |
| ﾒｰﾙｱﾄﾞﾚｽ：　　　　　　　　＠　　　　　　　　　　　　　　（資料、URL配信用　携帯電話不可） |
| フリガナ | 　 | 生年月日 | 昭和・平成　　 　年　 　月　 　日 |
| 受講者氏名 | 　　　　　　　　　　　　　　 | 職 名 |  |
| **テキスト購入****（いずれかに☑）** | 認知症介護実践リーダー研修標準テキスト（４,６２０円税込） |
| [ ] 　希望する　　　　[ ] 　希望しない |
| ※受講者氏名と生年月日は、修了証書に記載します。正確にお書きください。 |
| 介護実務経験年数 | 　　　　年　　ヶ月　※５年以上の実務経験が必要です。**【経験年数算出基準日：令和３年８月1日】** |
| 既に修了した研修 | 研　　修　　名 | 受 講 年 度 | 修 了 証 番 号 |
| [ ] 　旧 痴呆介護実務者研修「基礎課程」 | 年度 |  |
| [ ] 　認知症介護実践研修「認知症介護実践者研修」 | 年度 |  |
| [ ] 　旧 痴呆介護実務者研修「専門課程」 | 年度 |  |
| ※旧 痴呆介護実務者研修「基礎課程」または認知症介護実践研修「認知症介護実践者研修」を修了して1年以上経過している方が対象です。【令和２年度までの修了者】※申込者が定員を超えた場合、旧 痴呆介護実務者研修「専門課程」を修了された方は受講をお断りさせていただく場合があります。 |
| 該当区分 | * ケアチームのリーダー　　□　ケアチームのリーダーになる予定（令和　　年　　月　　日）
 |
| 施設基準 | □　指定認知症対応型共同生活介護事業所が短期利用にかかる基準等を満たすための受講 |
| 申込優先順位 | （　　　　　）※事業所内での申込順位 | 事業所内の研修修了者 | 　　あり　・　なし |
| 提　出　先 | ①**指定認知症対応型共同生活介護事業所が短期利用にかかる基準等を満たすために受講する場合**…事業所が所在する市役所・町役場(あわら市・坂井市は坂井地区広域連合)の介護保険担当課**……令和３年６月３０日（水）午後５時〆切**②**上記以外**……〒910-8516　福井市光陽2－3－22（福）福井県社会福祉協議会人材研修課研修グループ**……令和３年６月３０日（水）午後５時〆切** |

**※選択肢のある欄は該当する□にチェック**☑**してください**

別紙様式３　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（※コピーしてお使いください）

**「認知症介護実践リーダー研修**」

**事　前　ア　ン　ケ　ー　ト**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 所属 |  | 氏名 |  |

１．今回の研修でどのようなことを学ぼうと思っていますか？

|  |
| --- |
|  |

２．今抱えている悩み、困難なことはどのようなことですか？

|  |
| --- |
|  |

３．自分の中での課題、問題とはどのようなことですか？

|  |
| --- |
|  |

　※恐れ入りますが、受講申込時に本アンケートの回答も併せてご送付ください。