

平成28年度

第1回認知症介護実践研修(実践者研修)のご案内

認知症介護研修は、高齢者介護実務者等に対し、認知症高齢者等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。

1. 日 程

平成28年5月24日(火)～平成28年7月12日(火)

○講義・演習：平成28年5月24日(火)、25日(水)、30日(月)、31日(火)、
6月6日(月)、9日(木)、29日(水)、7月12日(火)の8日間

○実 習：自施設(事業所)実習(4週間)

※3週間は現場実習、残り1週間は実習のまとめに取り組める環境を整えてください

※自施設(事業所)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)

2. 会 場

ホテルアウィーナ大阪

大阪市天王寺区石ヶ辻町19番12 TEL 06-6772-1441

※近鉄「上本町駅」徒歩3分または地下鉄「谷町九丁目駅」徒歩8分

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

介護現場における実務経験が2年以上で、認知症の知識を習得している上記3の対象事業者において介護業務に従事している者

5. 定 員

100名 ※お申込みは1事業所1名でお願いします。また、お申込み多数の場合は、抽選とさせていただきます。

6. 参加費用

○参加費 30,000円

○テキスト代 2,376円(税込)+送料300円

※「第2版 新しい認知症介護実践者編」をお持ちでない方

○その他

会場は、原則飲食禁止です。また、会場内への弁当持参・食品等の持ち込みは施設の衛生管理上禁じられております。ただし、例外的に施設で準備した食事を摂って

いただくことに限っては認められておりますことから、事前に 7 日とも希望される方には研修実施者においてご準備いたします。

※昼食代実費 7,560円(弁当1食1,080円×7日)

7. 申込方法

別紙申込用紙に必要事項を記入の上、下記の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(事業所)実習4週間の実習を伴う研修となりますので、必ず所属長の推薦を受けてお申込みください。

全日程出席できない場合は修了証書が発行できません。遅刻・早退も認められないので必ず全日程出席できる方のお申込みをお願い致します。

※受講申込書には公印を必ず押してください。

【お申込先】

〒543-0052

大阪市天王寺区大道二丁目11-11 グラン・ビルドさとり 402 号室

公益社団法人大阪介護老人保健施設協会「認知症介護実践者研修 担当」あて

8. 申込締切り

平成28年4月15日(金) 必着

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を、受講いただけない方についてはその旨の通知を所属する長あてに郵送いたします。

※通知発送予定：平成28年4月22日(金)

※期限を過ぎたお申込み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、修了証書を交付いたします。

(2) 本研修の申込書等に記載された事項は、個人情報保護の規定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ありません。

11. 研修実施主体

公益社団法人大阪介護老人保健施設協会

※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)

12. お問い合わせ先

公益社団法人大阪介護老人保健施設協会(担当：田島)

TEL：06(6774)7601 FAX：06(6774)7651

認知症介護実践研修(実践者研修) 受講申込書

フリガナ 受講希望者氏名			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、楷書で正確にご記入ください。			
職種・役職		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・訪問介護員１級・訪問介護員２級・看護師・その他（ ）			
フリガナ 事業所名				
所在地	〒 —			
電話番号		FAX 番号		
事務連絡 担当者名				
弁 当	要（注文希望） ・ 不要	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)

(代表者・施設長名)

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のご推薦をお願いします。
 ※実習も含め全日程とも参加できる方をご推薦願います。（遅刻・早退も不可）
 ※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、郵送にてお送りください。

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いたしません。