

★受講希望理由(該当する項目にチェックをしてください)

- 計画作成担当者従事予定のため ※該当する項目にチェックをしてください
- 管理者従事予定のため
- 介護保険施設・グループホーム・特定施設入所者介護において、認知症ケア加算を予定しているため
- その他 ※必ず理由をご記入ください
(理由: _____)

★【受講者が記入してください】

①あなたが認知症介護を行う上で大切にしている「理念」や「考え方」を挙げてください。

※ 受講生ご本人がご記入ください。

★【受講者が記入してください】

②現在あなたが認知症介護を行う上で困っていることや、あなたの職場における認知症介護の課題を挙げてください。

※ 受講生ご本人がご記入ください。

★【受講者が記入してください】

③ ②で挙げた課題の解決には何が必要だと考えますか。

※ 受講生ご本人がご記入ください。

～申込みについての注意点～

- ※ お申し込みは先着順ではありません。各回毎締切日まで募集し、応募多数の場合は選考のうえ受講者を決定します。
 - ・受講が決定した場合…研修受講者の施設へ受講決定通知・当日の案内を送付します。
 - ・応募者多数のため受講していただけない場合…研修受講者の施設へ他の回での申込を希望されるかどうか文書にてお伺いします。
- ※ 応募少数の場合は開講しない場合がありますのでご了承ください。
- ※ 地域密着型サービス事業所の指定基準として本研修を受講する場合、本申込とは別に、各市町村へ申請し推薦書を提出することにより優先受講を認めるものとします。
- ※ この申込書の個人情報は、県への事業報告及び実施状況報告、講座運営上必要な資料作成(名簿、名札等)、ご連絡、利用統計、新規開設講座のご案内、講座講師への情報提供、地方公共団体が法令の定める事務を遂行することに対し協力する必要がある場合の情報提供に利用させていただきます。