

令和4年度 認知症介護実践研修(実践者研修) 受講申込書

公益財団法人岡山市ふれあい公社 理事長 様

標記について、下記のとおり受講を申し込みます。

申込日 令和 4 年 5 月 6 日

(法人名または事業所名) **社会福祉法人おかやま触合**

(法人の代表または
事業所の長の役職名 **理事長**
(代表者氏名および代表者印 **触合 太郎**



★受講希望日程

申込希望回に○を一つつけてください。

<input type="radio"/>	・第1回(6月～9月・西ふれあいセンター会場)
<input type="radio"/>	・第2回(7月～11月・北ふれあいセンター会場)
<input type="radio"/>	・第3回(9月～12月・ウェルポートなださき会場)
<input type="radio"/>	・第4回(10月～R4.1月・西大寺ふれあいセンター会場)
<input type="radio"/>	・第5回(11月～R4.3月・岡山ふれあいセンター会場)

★研修受講者

フリガナ 氏名	オカヤマ ハナコ 岡山 花子	取得している資格 ※資格を証明する書類の添付は不要	
性別	男・ <input checked="" type="radio"/> 女	<input checked="" type="checkbox"/> 介護福祉士 <input type="checkbox"/> 社会福祉士 <input type="checkbox"/> 社会福祉主事 <input type="checkbox"/> 訪問介護員 級 <input type="checkbox"/> 看護師 <input type="checkbox"/> 准看護師 <input type="checkbox"/> 理学療法士 <input type="checkbox"/> 作業療法士 <input type="checkbox"/> 介護支援専門員 <input type="checkbox"/> その他() <input type="checkbox"/> 資格なし	
生年月日	<input checked="" type="radio"/> 昭和 60 年 7 月 7 日 (満 35 歳) 平成		
施設・事業所における職種、役職等			
<input type="checkbox"/> 管理者・施設長 <input type="checkbox"/> 計画作成担当者 <input type="checkbox"/> サービス提供責任者 <input checked="" type="checkbox"/> 介護主任 <input type="checkbox"/> 介護副主任 <input type="checkbox"/> フロアリーダー・ユニットリーダー <input type="checkbox"/> 介護員(ケアワーカー) <input type="checkbox"/> 主任相談員 <input type="checkbox"/> 相談員 <input type="checkbox"/> その他()			
研修受講希望者の介護業務実務経験			
施設・事業所名		職種・業務内容	介護に従事した年数
ふれあいデイサービスセンター		介護職員	1 年 4 カ月
			年 カ月
			年 カ月
現事業所		介護職員	3 年 1 カ月
従事した合計年数			4 年 5 カ月

★研修受講者の所属する施設・事業所

施設名 または 事業所名	社会福祉法人おかやま触合 特別養護老人ホームふれあい	介護保険事業所番号	00001111
		連絡担当者氏名	触合 幸子
所在地	(〒 702 - 8002) 岡山市中区桑野715-2	電話番号	086-274-5151
		ファックス番号	086-274-5200
【所属のサービス事業所区分】 ※該当する項目にチェックをしてください。			
<input checked="" type="checkbox"/> 介護老人福祉施設 <input type="checkbox"/> 介護老人保健施設(老健) <input type="checkbox"/> 介護療養型医療施設 <input type="checkbox"/> 特定施設入居者生活介護 <input type="checkbox"/> 短期入所療養介護 <input type="checkbox"/> 訪問介護 <input type="checkbox"/> 通所介護 <input type="checkbox"/> 通所リハビリテーション <input type="checkbox"/> 居宅介護支援 <input type="checkbox"/> 小規模多機能型居宅介護 <input type="checkbox"/> 認知症対応型通所介護 <input type="checkbox"/> 認知症対応型共同生活介護(グループホーム) <input type="checkbox"/> 夜間対応型訪問介護 <input type="checkbox"/> 短期入所生活介護 <input type="checkbox"/> 訪問看護 <input type="checkbox"/> その他()			

～裏面に続く～

★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、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。