

令和2年度東京都認知症介護実践リーダー研修 受講申込書(第3・4回共通)
【郵送でお送りください】

東京都知事 殿

申込者	法人名	
	(事業所名)	
	所属長役職	
	所属長氏名	



※私印は認められません



事務連絡先 〔受講票等 送付先〕	郵便番号	
	所在地	
	事業所名	
	連絡先 TEL	
	連絡先 FAX	
	連絡担当者氏名	

標記の研修に下記の者を受講させたく、申込みます。

フリガナ		性別	1 男 ・ 2 女		
受講希望者氏名		生年月日	1 昭和・2 平成 年 月 日		
【受講希望回】※都合の悪い研修回があれば、×をつけてください。 【第3回 ⇒()】 【第4回 ⇒()】	【受講義務について】 指定認知症対応型共同生活介護事業所において、 短期利用認知症対応型共同生活介護を行う場合の () 受講は右欄に○をつけてください。				
【受講希望者の現所属施設・事業所】 ※受講希望者が複数のサービスに従事している場合は、 <u>主に従事しているサービス一つについてご記入ください。</u>					
(1) 名称 _____					
(2) 所在区市町村 _____		(3) 所在地コード番号※パンフレットP.6参照 <table border="1"><tr><td></td><td></td></tr></table>			
(4) サービスの種類 (番号に○)					
1 介護老人福祉施設 2 介護老人保健施設 3 介護医療院 4 小規模多機能型居宅介護 5 訪問介護 6 通所介護 7 認知症対応型通所介護 8 認知症対応型共同生活介護 9 特定施設入居者生活介護 10 訪問看護 11 訪問入浴 12 通所リハビリテーション 13 短期入所生活介護 14 短期入所療養介護 15 福祉用具貸与 16 看護小規模多機能型居宅介護 17 その他 ()					
【現職種・役職等】 (番号に○)	1 管理者 2 計画作成担当者 3 サービス提供責任者 4 介護主任 5 介護副主任 6 フロアリーダー・ユニットリーダー 7 介護員(ケアワーカー) 8 主任相談員 9 相談員 10 その他 ()				
【所有資格等】 (番号に○)	1 介護福祉士 2 社会福祉士 3 訪問介護員1級 4 訪問介護員2級 5 介護職員初任者研修修了 6 看護師 7 介護支援専門員 8 その他 () 9 資格なし				
【認知症介護 実務経験】	年 ヶ月 (令和2年7月末現在)				
【認知症介護実践者研修等の受講状況】 (該当に○)	1 痴呆介護実務者研修(基礎課程) 修了済 2 認知症介護実践者研修 修了済 ※必ず上記どちらかの修了証書のコピーを添付してください。				

【チェック欄】 ※必ず全ての□にチェックが入ることを確認してください。

- 東京都内の介護保険施設・事業所(居宅介護支援事業所を除く。)に従事している。
- 申込者は研修の全日程に参加できる。
- 認知症介護実践者研修(旧「痴呆介護実務者研修(基礎課程)」でも可)を修了して1年以上経過している。
- 認知症介護実践者研修(旧「痴呆介護実務者研修(基礎課程)」でも可)の修了証書の写しを添付した。
- 認知症の人の介護に関する経験が5年以上ある。
- 各介護保険施設・事業所において介護・看護のチームリーダー(主任・副主任・ユニットリーダー等)の立場にある。
- 区市町村または地域での事業者連絡会等において、認知症支援の向上について役割を担う意欲がある。
- 記載内容に誤りがない【※本申込書の記載内容から、修了証書を作成しますので、必ずご確認ください。】

※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程に基づき、適正な管理を行い、本研修実施に関する業務以外に使用することはいたしません。

なお、修了者の所属・氏名等については、事業所が所在する区市町村にお知らせします。
※受講決定に際して、記載内容の確認等を行う場合があります。

裏面も必ずご記入ください

■自施設実習に対する体制について（申込者〔所属長〕がご記入ください）

この研修では実習があり、効果的な研修実施のためには、所属長や職場の理解と協力とが必要です。

- ① 研修期間中（特に自施設・事業所実習）、職場においてどのような協力体制をお考えですか？
- ② 所属長として受講生に期待すること、この研修を職場にどう生かしたいか等ご記入ください。

■実習のテーマについて（受講希望者がご記入ください）

申込みの時点で、実習テーマとして具体的にどのようなことに取り組みたいとお考えですか？
参考にお聞かせください。

■認知症の人の支援の取組について（受講希望者がご記入ください）

- ①職場のリーダーとして、これまでどのようなことに取り組みまれましたか。
それぞれの役割や基本の方針などを具体的にご記入ください。
- ②地域の中で、認知症の人の支援の質を向上させるため、どのような取り組みをされていますか。
また、今後どのような取り組みをしたいとお考えですか。