

第31期 川崎市認知症介護実践者研修 受講申込兼推薦書

※事業所・施設ごとに、一人一枚を使用しお申し込みください。 (※優先順位は必ずご記入ください。)
 ※申込者は受講希望者の所属事業所・施設の所属長になります。
 新規開設等で所属事業所がない場合は、法人の代表者名・所在地でお申し込みください。

(法人名) _____

(所属事業所・施設の名称) _____

(所属長役職) _____ (所属長氏名) _____ 印
 〒

(所在地) _____

(TEL) _____ (FAX) _____

次の者に第31期川崎市認知症介護実践者研修を受講させたく申し込みます。

令和2年 月 日

ふりがな	
受講希望者氏名	
受講希望者の所属する施設・事業所 ※選考結果はこちらの住所に送付します。	
◆名称	_____ (介護保険事業者番号 _____)
◆所在地 〒	_____
◆TEL	_____ FAX _____
◆サービス種別 (主に従事しているサービスを選んで一つ〇をつけてください。) 介護老人福祉施設 ・ 介護老人保健施設 ・ 介護療養型医療施設 ・ 看護小規模多機能 認知症対応型共同生活介護 (グループホーム) ・ 通所介護 ・ 認知症対応型通所介護 特定施設入居者生活介護 (有料老人ホーム等) ・ 小規模多機能型居宅介護 通所リハビリテーション ・ 訪問介護 ・ 夜間対応型訪問介護 ・ 短期入所生活介護 短期入所療養介護 ・ 地域密着型介護老人福祉施設入居者生活介護 ・ その他 (_____)	
受講目的 (該当する番号 1つに〇をつけ てください。)	① 介護保険施設等に勤務し、介護現場の経験が2年以上の者で、 専門的知識・技術を習得したいため ② 川崎市内で地域密着型サービス事業の管理者・計画作成担当者の変更に伴い 新たに管理者・計画作成担当者となるため ③ 川崎市内で開設する地域密着型サービス事業の管理者・計画作成担当者となるため

※②・③で申込み可能なのは必要最低限の人数です。その他の方は①になります。

「1」は、全員ご記入ください。「2」「3」は、該当する方のみご記入ください。

1 職場内実習の確認

(詳しくは、川崎市認知症介護実践者研修ご案内の[参考資料1](#)をご参照ください。)

職場内実習実施先の名称	
-------------	--

* 4週間の職場内実習は必須です。実習で求められる認知症の方のアセスメントに十分な時間が取れない、職場内実習が出来ない場合は受講の対象外になります。ご注意ください。新規開設の場合も法人内で実習先を調整する等してください。実習先の紹介は致しかねます。

◇ P1の受講目的で②・③を選んだ方は、以下の該当欄を記入してください。

※受講目的②③を選択された方につきましては、川崎市に受講要件等の照会をさせていただきます。

2 管理者・計画作成担当者の変更に伴う受講目的の方のみご記入ください。

サービス種別	1 グループホーム 2 認知症対応型デイ 3 小規模多機能型居宅介護 4 複合型サービス(看護小規模多機能)
管理者・計画作成担当者 変更の時期	年 月 頃 ・ 未定
変更予定の役職	1 管理者のみ不在になる。 2 計画作成担当者のみ不在になる。 3 管理者、計画作成担当者が不在になる。
受講希望者の役職	(変更前) ⇒ (変更後)
受講希望者が新たに従事する施設・事業所名	
変更する理由	※変更の理由は「管理者の退職・異動」など、具体的にご記入ください。 既に変更している、あるいは確実に変更する場合でないとして認められません。

3 新規開設のための受講目的の方のみご記入ください。

サービス種別	1 グループホーム 2 認知症対応型デイ 3 小規模多機能型居宅介護 4 複合型サービス(看護小規模多機能)
予定の役職	1 計画作成担当者 2 管理者 3 管理者兼計画作成担当者
開設予定時期	年 月 頃
事業者指定申請予定	年 月 頃
施設の名称(仮称でも可)	
開設予定住所	〒

※ P3（このページ）からは受講希望者本人が記入すること。

第31期 川崎市認知症介護実践者研修 受講希望者調査書

ふりがな		性別	男 ・ 女
受講希望者氏名			
生年月日（年齢）	昭和 ・ 平成 年 月 日 （ ）歳		
保有資格等 <small>（該当するものすべてに○をつけてください。）</small>	介護福祉士 ・ 社会福祉士 ・ 介護職員基礎研修 訪問介護員1級 ・ 訪問介護員2級 ・ 看護師 介護支援専門員 ・ 介護職員初任者研修 ・ 介護職員実務者研修 その他（ ）		

受講希望者の認知症介護の実務経験（令和2年3月末日時点）

勤務先名称	職種・役職	従事期間
		年 月
		年 月
		年 月
		年 月
		年 月
合計		年 月

◆現在かかわっている利用者のうち、認知症（診断を受けていない人も含む）の方は、何名いらっしゃいますか。

利用者 _____ 名のうち、 _____ 名の認知症の利用者とかかわっています。

※申し込みは郵送で、**2020年4月21日（火）17時《必着》**です。

※封筒に赤字で「**第31期認知症介護実践者研修受講申込兼推薦書在中**」と忘れずに記入してください。

【申込書送付先】

川崎市高齢社会福祉総合センター 人材開発研修センター
〒214-0035 川崎市多摩区長沢2-11-1