**令和６年度奈良県認知症介護実践者研修受講申込に係る確認事項**

本研修の**受講申込者が所属する施設・事業所長**は、下記の事項を確認のうえ、研修の受講申込をお願いします。

なお、**本書は受講者が円滑に当該研修を修了していただくために必要な施設・事業所としての協力事項を確認するためのものです。**

記

研 修 受 講 の 事 前 確 認 事 項

　○　自施設における職場実習について

　　　（内容をご確認の上、**□枠にチェック**をお願いします。）

　[ ] 　自施設における職場実習は、認知症の人への適切なアセスメント及びケアの実践をとおして、実践者としての役割の理解を深め、その技能を磨くため、受講者自身が所属する**職場で、対象となる認知症の利用者を選定し、アセスメント及び実践計画を作成のうえ、この計画に基づき実践を行う内容であること**を確認しました。

[ ] 　**施設・事業所長及び職場関係者は**、受講者が約4週間の職場実習に通常業務と並行して取り組むことができるよう**協力**します。

　[ ] 　受講者は、実習計画について施設・事業所長と相談のうえ作成し、**施設・事業所長は、当該実習計画に基づき進捗管理を行い、必要な助言・評価**を行います。

[ ] 　**施設・事業所長は**、実習期間や実習課題について、他の職員へ周知し、受講者が職場実習に集中できるよう、**施設・事業所全体として協力**します。

上記の内容について、職場実習に協力することに同意します。

奈良県地域包括支援課長　殿

 令和６年　　月　　日　　 施設・事業所名

　　　　 　 受講申込者氏名

 　　　　　　 施設・事業所長氏名

【　連　絡　先　】

〒630－8501　奈良市登大路町３０番地

奈良県　福祉医療部　医療・介護保険局　地域包括支援課　（担当：元石）

　ＴＥＬ：0742－27－8041（ダイヤルイン）