※　推薦書類等は、電子申請システムe古都ならからダウンロードできます。

別紙様式２

**令和６年度奈良県認知症介護実践リーダー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ので、必ず提出してください。**

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、認知症ケアに関するリーダーとしての指導力を修得するため、受講者が作成した事前課題に対して、自施設の評価を行い、**自施設で指導対象とする職員を選定し、実習計画書を作成し、計画に基づき指導する内容であること**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2ヶ月間の自施設における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。

　実習の結果について、受講者は振り返りと考察を行ったうえで報告書を作成し、**研修最終日に報告**する内容であることを確認しました。

　実習計画書、指導計画書、報告書の提出には期限が設定されています。**推薦者である施設・事業所長は、提出期限に間に合うよう進捗管理**を行い、**必要な助言・評価**を行います**。**

　自施設における職場実習での実践に関連する書類の作成や指導対象者となる職員の説

明・同意等について、**施設・事業所全体として協力**します。

上記の内容について、自施設における職場実習に協力することに同意します。

奈良県福祉医療部　医療・介護保険局　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）