

# 令和2年度 第1回堺市認知症介護基礎研修 募集要項

本研修は、社会福祉法人大阪府社会福祉事業団が堺市からの委託を受け、国が策定した「認知症施策推進大綱」に基づき、実施するものです。

## 1. 目的

認知症の方の支援に携わる者が、その業務を遂行する上で基礎的な知識・技術とそれを実践する際の考え方を身につけ、チームアプローチに参画する一員として基礎的なサービス提供を行うことができるようにすることを目的とします。

## 2. 日程

令和2年8月7日（金） 9：15～17：00（受付は9：00から）

## 3. 会場

国際障害者交流センター「ビッグ・アイ」中研修室3，4  
（堺市南区茶山台1-8-1 ※泉北高速鉄道「泉ヶ丘駅」徒歩3分）

## 4. 受講対象者

堺市の介護保険サービス施設・事業所等の職員等で認知症介護の基礎的な知識や技術を身につけたい方。

例① 新任の介護職員等

例② パートや非常勤職員等で、認知症介護実践者研修等の長期間の研修の受講が難しい方

例③ 定期的に認知症の方の支援に携わっている方

※本研修は、認知症介護の基礎的な知識や技術、対応方法などを身につけるための研修です。

## 5. 定員 50名

## 6. 受講料 1,100円

※受講決定通知に同封する納付書にてお支払いください。

※受講料を納付された後は、受講を取りやめた場合でも返還はいたしませんので、ご了承ください。

※受講料に関するお問い合わせは、堺市健康福祉局長寿社会部地域包括ケア推進課

TEL：072（228）0375までお願いいたします。

## 7. 申込方法

堺市ホームページ及び大阪府社会福祉事業団に掲載している各研修の「受講申込書」に必要事項を記入の上、大阪府社会福祉事業団まで郵送または持参にてお申し込みください。

堺市：[http://www.city.sakai.lg.jp/kenko/fukushikaigo/koreishafukushi/dementia/kaigo\\_kensyuu.html](http://www.city.sakai.lg.jp/kenko/fukushikaigo/koreishafukushi/dementia/kaigo_kensyuu.html)

大阪府社会福祉事業団：<http://www.osi.or.jp/index2.html>

※所属長の推薦により団体名でお申し込みください。（個人での申し込みはできません。）

堺市 認知症介護 研修



## 8. 申込受付期間

令和2年6月5日（金）～6月30日（火）17：00（必着）

## 9. 受講決定

申し込みが多数の場合は、選考のうえ受講者を決定し、受講が決定された方には決定通知を、受講頂けない方についてはその旨の通知を郵送いたします。なお、1施設（事業所）から複数名の申し込みがあった場合、選考時に1施設（事業所）1名に絞ることもあります。

※通知の発送は、7月7日（火）頃を予定しています。

## 10. 修了証書

本研修の全日程を修了された方には、修了証書を交付します。

※全課程への出席が修了証書交付の条件です。遅刻・早退も認められません。また、受講態度が著しく不良（途中退席、居眠り、携帯電話・タブレットの使用など）の場合も修了証書を交付できない場合がありますので、あらかじめご了承ください。

## 11. その他

- (1) 本研修の申込書等に記載された個人情報、受講者の決定や修了証書の作成等、本研修の円滑な運営のために使用します。
- (2) 新型コロナウイルス感染症拡大防止の観点から、本研修を受講される際は、必ずマスクを着用してお越しく下さい。また、大阪府の「大阪コロナ追跡システム」への登録をお願いする予定です。（※システム登録の詳細は受講決定後に改めてお知らせします）
- (3) 新型コロナウイルス感染症の状況次第では、本研修が中止になることもありますので、あらかじめご了承ください。

## 12. 申込み・問合せ先

本研修は社会福祉法人大阪府社会福祉事業団が堺市から委託して実施します。  
申込み・問合せは下記にお願いします。

〒562-0012 大阪府箕面市白鳥三丁目5番50号  
社会福祉法人大阪府社会福祉事業団  
「堺市認知症介護実践研修」事務局  
TEL：072-724-8167 FAX：072-724-8165

## 令和2年度 第1回堺市認知症介護基礎研修 受講申込書

ふりがな 申込者氏名		性別	男・女
生年月日	昭和・平成 年 月 日		
職種	介護職員・看護職員・生活相談員・介護支援専門員 機能訓練指導員・栄養士・その他（ ）	実務 経験年数	年 月
取得している 資格等	介護福祉士・社会福祉士・介護職員初任者研修（ヘルパー2級） 介護支援専門員・看護師・その他（ ）		
法人名			
事業所名	事務連絡ご担当者名（ ）		
施設種別	特養・老健・有料・通所介護・通所リハ・訪問介護・訪問リハ・GH・小規模多機能 看護小規模多機能・その他（ ）		
事業所 所在地	〒 ー		
事業所 電話番号		FAX番号	

第1回堺市認知症介護基礎研修を申し込みます。

年 月 日

（申込者氏名）



**推薦者**

（法人・施設（事業所）名）

（代表者・施設長名）

公印

（推薦理由）

- ※ 受講の申込みは、1施設（事業所）につき1名以内でお願いします。
- ※ 本申込書は、郵送または持参にて、提出してください。
- ※ 申込者氏名と生年月日は、修了証書にも記載しますので、正確にご記入ください。