実習受入承諾書

（令和２年度愛媛県認知症介護実践リーダー研修用）

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 職場実習先　（注１） | 施設・事業所の種類 | 特別養護老人ホーム・老人保健施設・介護療養型医療施設・認知症対応型通所介護  認知症対応型共同生活介護・小規模多機能型居宅介護・看護小規模多機能型居宅介護  その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 施設・事業所の所在地 | 〒　　　　－ |
| 施設・事業所の名称 |  |
| 施設長又は管理者  職・氏名　（注２） | 職印 |

令和２年度愛媛県認知症介護実践リーダー研修の目的・内容を理解し、下記の者が受講する際には、施設・事業所として責任を持って、効果的な職場実習が行われるよう参加・協力することを承諾します。

令和２年　　月　　日

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 受講希望者 | 所　属 |  |
| 氏 名 |  |
| 備　考 | **※特別な事情により、現在の所属以外で実習をする必要がある場合は、こちらに理由を記載してください。** |

|  |
| --- |
| 【職場実習の目的】  ○受講者が、介護現場のチームのリーダーとして、認知症介護の質の向上が図られるような実践力を身につけること。  【職場実習の内容】  ○研修の目的に基づき、講義・演習の受講内容を踏まえ、実習課題等を設定し、認知症  介護の質向上を目指し、その実習課題の達成を目指します。  ○職場内の他の職員も趣旨を理解し、受講者の実習目的、目標、スケジュール等が周知  されている必要があります。 |

（注１）１８日間の職場実習を行います。原則として、受講希望者が現在所属している施設・事業所での実習になります。また、**本実習では「人材育成」を大きなテーマとしているため、実習先に所属している他職員の協力が不可欠です。それに伴い受講希望者の設定課題に沿った実習協力者の選定が必須となります**ので、ご承知おきください。

（注２）法人の代表者名ではなく、施設や事業所の責任者名（施設長又は管理者）としてください。