

令和4年度 社会福祉法人ほくろう福祉協会【札幌シニア福祉機構】

## 認知症対応型サービス事業管理者研修

### 受講者募集要綱

#### 1. 開催目的

認知症対応型共同生活介護事業所、認知症対応型通所介護事業所、小規模多機能型居宅介護事業所又は複合型サービス事業所の管理者になることが予定される方が、管理者としての必要な知識・技術を習得することを目的とする。

#### 2. 主催者

社会福祉法人ほくろう福祉協会【札幌シニア福祉機構】

#### 3. 研修対象者

「認知症介護実務者研修（基礎課程）」または「認知症介護実践研修（実践者研修）」を修了されている方で、認知症対応型共同生活介護事業所、認知症対応型通所介護事業所、小規模多機能型居宅介護事業所又は複合型サービス事業所の管理者になることが予定されている方。

- 受講にあたっては、本研修の受講初日までに「認知症介護実務者研修（基礎課程）」または「認知症介護実践研修（実践者研修）」を修了していることが要件になりますので、申込書に研修実施機関名及び修了証書番号を必ず明記の上、修了証書の写しを添付願います。
- 本研修の受講初日までに上記研修を修了予定であるが、本研修申込み時点では未修了の場合は、申込書に実施機関名及び修了予定日を必ず明記してください。修了証書が交付されましたら、写しをご郵送願います。

#### 4. 研修内容及び定員

研修内容	管理者研修
講義・演習	令和4年11月16日（水）～11月17日（木） 2日間（10時間40分）
カリキュラム	※詳細は <b>別表1</b> 参照
定員	30名 ※応募者数が少ない場合は中止する場合があります。
申込〆切	令和4年11月4日（金）まで

※ 全ての研修時間を満たした方に、修了証書を交付します。

5. 研修会場

かでの 2. 7

札幌市中央区北 2 条西 7 丁目

※札幌駅 徒歩 12 分 地下鉄大通駅 徒歩 9 分

有料地下駐車場があります。

6. 申込み方法及び決定

様式 3 申込み書に、必要事項を記載し、施設・事業所代表者の印を捺印の上、郵送により申込み下さい。

受講要件及び申込順により、受講決定書を送付します。尚、申込多数の場合等は、受講できないこともありますので、ご了承願います。

7. 受講料 18,000 円

※ 当機構で認知症介護実践研修（実践者研修・リーダー研修）を受講済みの方は、13,000 円となります。

※ 受講決定通知書発送後、研修前日までに指定口座に振込をお願いいたします。

※ 振込後のキャンセルは、振込手数料を差し引いた受講料をご返金致します。

8. 講義・演習担当講師

定められた認知症介護指導者のほか、外部講師（学識経験者等）が担当します。

9. 留意事項

- ・ 申込書の記載は、慎重に御願います。（実務経験等の不実が認められた時は、修了証書を交付できません。）
- ・ キャンセルの際は必ず電話連絡をお願いいたします。
- ・ 事務局から受講決定通知書が送付した以降は、原則、受講者の変更は応じられません。

10. お申込み・問合せ先

社会福祉法人ほくろう福祉協会【札幌シニア福祉機構】

〒004-0014 札幌市厚別区もみじ台北 6 丁目 2 番 5-2 号

電話 011-897-1100

担当者：五十嵐

※ ホームページでもご案内しております。

札幌シニア福祉機構

検索



(別表 1)

令和4年度 認知症対応型サービス事業管理者研修 カリキュラム  
社会福祉法人ほくろう福祉協会【札幌シニア福祉機構】

	時間帯	時間数 (分)	科目名	講師予定
令和4年 11/16(水)	9:30~9:40	10	オリエンテーション	事務局
	9:40~11:10	90	【講義】 地域密着型サービス基準	行政担当者
	11:20 ~17:50 (昼休み含む)	330	【講義・演習】 適切なサービス提供の あり方	干場 有理子 『慈啓会 特別養護老人ホーム 介護課長』
	17:50 ~18:10	20	【演習】 1日のレビュー	
令和4年 11/17(木)	9:30~11:00	90	【講義】 介護従事者に対する 労務管理	及川 進 『社会保険労務士事務所ロ ームホーム 代表』
	11:10 ~12:40	90	【講義・演習】 地域密着型サービスの 取り組み	住友 幸子 『有限会社シャイニング 代表』
	12:40 ~13:00	20	【演習】 1日のレビュー	
640分 (10時間40分)				

(様式3)

令和4年度 社会福祉法人ほくろう福祉協会【札幌シニア福祉機構】

認知症対応型サービス事業管理者研修 受講申込書

年 月 日

社会福祉法人ほくろう福祉協会

理事長 松本 剛一

所 属 名

代表者氏名

印

※記載漏れや誤りのないよう、必ず裏面の注意事項を参照の上、御記入ください。

ふりがな		性 別	男 ・ 女	
氏 名		生年月日	昭和・平成 年 月 日	
※ 1	現 職 名 従事予定職名	開設(予定) 年月(※2)	年 月	
法人名		施設・ 事業所名		
施設・事業所 所在地(※3)	〒	TEL	— —	
		FAX	— —	
		E-mail		
主な職歴 (現に勤務する施設・事業所での経験年数も含む。)	期 間	通算期間	勤 務 先	職 務 内 容
	年 月～ 年 月	年 ヶ月		
	年 月～ 年 月	年 ヶ月		
	年 月～ 年 月	年 ヶ月		
	年 月～ 年 月	年 ヶ月		
	年 月～ 研修受講月	年 ヶ月		
* 認知症介護の経験年数(研修受講月現在) (介護保険施設、認知症高齢者グループホーム、通所介護、訪問介護、 通所リハビリテーションの事業所等において認知症介護業務に従事した年数) <u>合 計</u> 年 ヶ月				
主な資格 (※4)	取 得 年 月	免 許 ・ 資 格		
	年 月			
	年 月			
	年 月			
認知症介護 実践研修 受講歴 (※5)	実践者研修 ※または、認知症介護 実務者研修【基礎課程】	有 無	(交付 年 月 日・証書番号 第 号) (受講予定の実践者研修に関する情報をご記入ください。) 実施機関名 : 修了予定日 年 月 日	
受講理由 (※6)				

(次ページへ続く)

【注意事項】

- ※1 上段には、介護主任等、現在の施設・事業所での職務内容がわかるように記載してください。  
下段には、従事予定の職名と従事予定年月を記載してください。
- ※2 「開設（予定）年月」の欄は、今後開設が予定されているまたは増設を予定している施設・事業所のみ記入し、増設の場合は増設（予定）年月を記入してください。
- ※3 必ず受講者の所属する施設・事業所の住所を御記入ください。開設準備中の場合は、設立予定地を御記入ください。  
なお、別に連絡先を指定する場合は、下記に御記入ください。

住 所	〒		連 絡 先 名 称	
電 話		F A X		担当者
E-mail				

- ※4 保健・医療・福祉に係る免許及び資格については、正式名称を御記入ください。  
例：介護支援専門員、社会福祉士、介護福祉士、精神保健福祉士、保健師、看護師、准看護師、訪問介護員など
- ※5 研修修了証書の写しを添付してください。
- 受講にあたっては、本研修の受講初日までに「認知症介護実務者研修(基礎課程)」または「認知症介護実践研修(実践者研修)」を修了していることが要件になりますので、申込書に研修実施機関名及び修了証書番号を必ず明記の上、修了証書の写しを添付願います。
  - 本研修の受講初日までに上記研修を修了予定であるが、本研修申込み時点では未修了の場合は、申込書に実施機関名及び修了予定日を必ず明記してください。  
修了証書が交付されましたら、写しをご郵送願います。
- ※6 「受講理由」の欄には、受講を希望する特別な事情などを記入してください。