

各関係法人代表者 へ

社会福祉法人石川県社会福祉協議会

**平成30年度「認知症介護実践研修・実践者研修（第1回）」
における実習生の受入れについて**

本会事業の推進につきましては、日頃よりご支援、ご協力を賜り厚くお礼申し上げます。

さて、標記研修においては、6月28日（木）又は6月29日（金）のいずれか1日を各自の職場以外で実習（以下、「他施設実習」という。）を行うこととなっています。

つきましては、下記の受入れ施設の条件等を確認のうえ、別紙「他施設実習（見学実習）受入れについて（確認表）」をFAXにて、5月11日（金）までに下記事務局へ送信願います。（研修自体の申込みはしない場合でも、実習の受入れ施設として回答いただけます。）

なお、回答にあたっては、受入れをしていただける施設・事業所ごとの回答に御協力ください。

実習生の施設名及び氏名は受入日が決まり次第、5月18日（金）までに文書でお知らせいたします。受入れ先として見送らせていただく場合は、特に連絡はいたしませんので、ご了承ください。

記

1 受入れ希望人数

2～3名

2 受入れ施設の条件

以下の①～③のすべてに該当する施設・事業所。

①次のうちいずれかのサービスを提供していること。

グループホーム、認知症デイサービス、デイサービス、通所リハビリテーション、
小規模多機能型居宅介護、複合型サービス、特別養護老人ホーム、介護老人保健施設、
介護療養型医療施設

②受入可能日に認知症介護実践研修・実践リーダー研修の修了者がいること。

③受入可能日に認知症の利用者がいること

【申込・問合せ先】

社会福祉法人石川県社会福祉協議会

長寿生きがいセンター 担当：長尾

TEL076(258)3135 FAX076(258)3149

他施設実習（見学実習）受入れについて（確認表）

* 他施設実習の受入れが可能な際、記載の上、**FAX**でご回答お願い致します。

実習予定日	受講受入れ可能人数	リーダー研修終了者	認知症の利用者
① 平成30年6月28日（木）	人 ～ 人	あり ・ なし	あり ・ なし
② 平成30年6月29日（金）	人 ～ 人	あり ・ なし	あり ・ なし
実習時間数（7時間）	9時30分 ～ 16時30分		
事業所名：			
サービスの種類： ※ 該当するものに○をつけてください。	グループホーム ・ 認知症デイサービス ・ デイサービス 通所リハビリテーション ・ 小規模多機能型居宅介護 ・ 複合型サービス 特別養護老人ホーム ・ 介護老人保健施設 ・ 介護療養型医療施設		
実習受入担当者： （氏名）：	※リーダー研修修了者を担当者としてください。 担当者名： _____		
所在地： （最寄りの駅・バス停）			
連絡先：	[TEL]		
	[FAX]		
受け入れ担当者への事前連絡	・「事前連絡が必要」 ・「事前連絡は不要」 ※ どちらかに○をつけてください。		
実習にあたっての注意事項 （実習生への連絡事項等ありましたらご記入ください。）			
〔集合時間・場所 等〕	※ 該当するものに○をつけてください。 [時 分]に[]へ集合すること		
〔駐車場〕	・「有り」 ・「無し」		
〔服装〕			
〔持参するもの〕 ●昼食 ●その他	・「事業所で準備します(代金 円)」 ・「持参してください」		
〔その他連絡事項〕			

〔返信先〕 石川県社会福祉協議会 長寿生きがいセンター 担当 長尾

FAXで回答下さい。FAX番号 076(258)3149

【記載例】

他施設実習（見学実習）受入れについて（確認表）

受入れ可能日に、修了者がいるか、認知症の利用者がいるか確認してください。

* 他施設実習の受入れが可能の際、記載の上、**FAX**でご回答お願い致します。

実習予定日	受講受入れ可能人数	リーダー研修修了者	認知症の利用者
① 平成30年6月28日（木）	2人～5人	<input checked="" type="checkbox"/> あり・なし	<input checked="" type="checkbox"/> あり・なし
② 平成30年6月29日（金）	2人～3人	<input checked="" type="checkbox"/> あり・なし	<input checked="" type="checkbox"/> あり・なし
実習時間数（7時間）	9時30分～16時30分		
事業所名：	社会福祉法人〇〇 グループホーム△△△		
サービスの種類： ※ 該当するものに○をつけてください。	<input checked="" type="checkbox"/> グループホーム・ <input type="checkbox"/> 認知症デイサービス・ <input type="checkbox"/> デイサービス <input type="checkbox"/> 通所リハビリテーション・ <input type="checkbox"/> 小規模多機能型居宅介護・ <input type="checkbox"/> 複合型サービス <input type="checkbox"/> 特別養護老人ホーム・ <input type="checkbox"/> 介護老人保健施設・ <input type="checkbox"/> 介護療養型医療施設		
実習受入担当者： （氏名）：	※リーダー研修修了者を担当者としてください。 担当者名：石川 太郎		
所在地： （最寄りの駅・バス停）	金沢市鞍月1丁目1番地 駅：金沢駅 バス停：県庁前		
連絡先：	[TEL] 076-〇〇〇-〇〇〇〇 [FAX] 076-〇〇〇-〇〇〇〇		
受け入れ担当者への事前連絡	<input checked="" type="checkbox"/> 「事前連絡が必要」 <input type="checkbox"/> 「事前連絡は不要」 ※ どちらかに○をつけてください。		
実習にあたっての注意事項（実習生への連絡事項等ありましたらご記入ください。）			
〔集合時間・場所 等〕	[9時30分]に[現地]へ集合すること ※ 該当するものに○をつけてください。		
〔駐車場〕	<input checked="" type="checkbox"/> 「有り」 <input type="checkbox"/> 「無し」		
〔服装〕	【例】動きやすい服装 ※ その他、ふさわしくない服装なども明記して下さい。（ジーンズ等）		
〔持参するもの〕	<input checked="" type="checkbox"/> 「事業所で準備します(代金 500円)」 <input type="checkbox"/> 「持参してください」 <input type="checkbox"/> 昼食 <input type="checkbox"/> その他【例】内履き、エプロン、水筒 など		
〔その他連絡事項〕	【例】 ・利用者への接し方 ・各施設での注意点(駐車場が狭いので、乗り合わせてきてほしい など)		

原則、昼休み1時間を含む7時間で、9時30分～16時30分と記載してください。

〔返信先〕 石川県社会福祉協議会 長寿生きがいセンター 担当 長尾

FAXで回答下さい。FAX番号 076(258)3149