

平成30年 8月10日

各関係法人代表者 様

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3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。

標記研修において、12月13日（木）又は12月14日（金）のいずれか1日で、他施設実習（各自の職場以外で実習）を行うこととなっています。有効な研修とするためにも、是非実習生の受け入れをお願い致します。本研修の受講申込みを行っていない施設でも、実習の受入れをお願いしていますので、より多くの施設からの申し出をお待ちしております。何卒よろしくお願ひします。

つきましては、実習を受け入れが可能な施設は、下記の受入れ施設の条件等を確認頂いた上、別紙「他施設実習受入れ確認表」を10月19日（金）までに、FAXにて報告をお願い致します。

なお、実習生の施設名及び氏名は受入日が決まり次第、文書でお知らせいたします。

記

1 受入れ希望人数

各日、3名程度

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、看護小規模多機能型居宅介護、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、介護医療院

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

他施設実習受入れ確認表 (H30認知症介護実践研修・実践者研修(第3回)用)

* 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 修了者	認知症の利用者
平成30年12月13日(木)	人	います ・ いません	います・いません
平成30年12月14日(金)	人	います ・ いません	います・いません
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○	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・看護小規模多機能型居宅介護・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・介護医療院		
リーダー研修 修了者名	※実習担当者を、お願い致します。		
所在地 (最寄りの駅・バス停)	(駅名	駅・バス停名	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 ・ 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〕	[時 分]に、[]へ集合すること		
〔駐車場〕	あり ・ なし ※ どちらかに○をつけてください。		
〔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】

他施設実習受入れ確認表 (H30認知症介護)

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 修了者	認知症の利用者
平成30年12月13日(木)	1 人	います・いません	います・いません
平成30年12月14日(金)	2 人	います・いません	います・いません
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 ※該当するものに〇	<input checked="" type="checkbox"/> 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・看護小規模多機能型居宅介護・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・介護医療院		
リーダー研修 修了者名	石川 太郎 ※実習担当者を、お願い致します。		
所在地 (最寄りの駅・バス停)	金沢市鞍月1丁目1番地 (駅名 金沢駅 ・バス停名 県庁前 バス停)		
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	事前連絡が <input checked="" type="checkbox"/> 必要 ・ 不要 ※ どちらかに〇をつけてください。		
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		
[駐車場]	<input checked="" type="checkbox"/> あり ・ なし ※ どちらかに〇をつけてください。		
[服装]	【例】・動きやすい服装		
[持参するもの] ●昼食	<input checked="" type="checkbox"/> 事業所で準備します(代金 500 円) ・ 持参してください		
●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