

実習受入承諾書

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・介護医療院・認知症対応型通所介護 小規模多機能型居宅介護・認知症対応型共同生活介護事業所 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)	職名	氏名	
	実習サポーター 職・氏名 研修修了状況	職名	氏名	
		愛媛県認知症介護実践者研修	年 月 日	修了
		愛媛県認知症介護実践リーダー研修	年 月 日	修了

令和8年度認知症介護実践者研修の目的・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 年 月 日

受講希望者	所属	
	氏名	
	備考	※特別な事情(注1含む)により、現在の所属以外で実習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。

- (注1) 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が、実習は、特定の個人を対象として4週間行うため、介護保険施設やグループホーム等での実習が可能であれば、そちらでの実習受入れをお願いします。
- (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。

<p>【職場実習の目的】</p> <ul style="list-style-type: none"> ○受講者が、介護現場のチームの一員として、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。 <p>【職場実習について】</p> <ul style="list-style-type: none"> ○研修の目的に基づき、「研修の自己課題」の内容と講義・演習の受講を踏まえ、研修成果を実践で活用できる知識・技術にするための実習課題を設定し、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。 ○実習計画・経過・目標の達成状況等について記録し、受講者による自己評価及び実習施設・事業所の長による評価を行います。 ○実習先が確保できない場合は、研修を受講できないことがありますのでご注意ください。 ※実習先が通所介護や訪問介護の場合は、週3～4回以上利用される方を対象とし、業務上の接点がなく利用者の行動が分からない時間帯は、家族や他のスタッフ等の協力を得て、把握できない部分をカバーするようにしてください。 ※自施設に対象者がいない場合は、他施設での実習となります(実習先の確保は、各自で行ってください)。 また、事前に対象施設を訪問するなどして、対象者の状況を把握してください。 <p>【実習サポーターの指名】</p> <ul style="list-style-type: none"> ○施設長又は管理者は、受講者に対して、課題達成のためのアドバイスやレポートの指導など、実習におけるサポートが可能な職員(実習サポーター)を指名し、職場実習が円滑に実施できるようご配慮ください。 ○実習サポーターは、認知症介護実践リーダー研修修了者、認知症介護実践者研修修了者など、受講生の指導が可能な職員をあててください(いない場合は施設長・管理者)。 ○今年度実施研修に、同施設から複数名受講する場合、原則として同じ利用者を実習対象者とすることができません。
--