様式4

認知症介護実践リーダー研修受講申込確認書（　　年度第　回）

この確認書は、受講申込前に受講希望者及び受講希望者の上司の方に研修の趣旨や受講上の注意点を理解していただき、それを確認するためのものです。以下、１から４は受講希望者の方が、５から６は受講希望者の上司の方が確認し、必ず全ての項目に記入し、受講申込書と一緒に提出してください。

◆ １から４は受講希望者の方が記入してください。 氏 名 　　　　　　 印

1. 研修の目的

 　この研修は、実践リーダーとして介護現場のなかで職員を指導、支援し、チームケアのための調整を行う能力を身に付けることを目的として実施します。

 →研修の目的について理解しました。（ はい ・ いいえ ）

1. この研修を受講する動機や研修で学びたいこと、身につけたいことを記載してください。

（受講動機）

（この研修で学びたいこと、身につけたいこと）

1. 本研修には４週間の職場実習（自ら設定した課題に取組んで頂く実習）が含まれています。

 所属において職場実習に対する協力が得られることを確認出来ていますか。

 →（ はい ・ いいえ ）

４　以下の注意点を熟読し、受講希望者本人が「☑」を記して確認してください。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | 今回受講頂く研修はオンライン形式で実施する日がありますので、オンライン利用環境**を整えてください。** | ☐ |
| ② | 基本的なパソコン操作（★）が出来ますか。（★）基本的なパソコン操作とは、資料のダウンロードや印刷、メールの送受信、Word・Excel・PowerPointを使用した資料作成等のことです。 | ☐ |
| **③** | **受講時にZOOMの操作で、「名前の変更」「カメラ、マイクのオンオフ」「画面の共有」「チャット」を使用します。****以上のZOOMの操作を、受講までにできるように御準備ください。** | ☐ |
| ④ | ②・③が「難しい」「出来ない」方の場合、基本的なパソコン操作や**受講時の**ZOOM操作について、**自事業所内で操作が可能な方からのサポートを受けるようお願いします。**※基本的なパソコン操作等に関するお尋ねについては、対応出来兼ねます。各事業所等で御対応ください。 | ☐ |
| ⑤ | 研修資料について、研修日前日までに、受講申込書（様式１）の「３　受講希望者について」枠内に記載のメールアドレスに送付します。研修の資料を確実に受領できるメールアドレスを記載してください。 | ☐ |
| ⑥ | 受講中は研修指導者の指示に従っていただきますようお願いします。 | ☐ |
| ⑦ | 受講中はカメラをオンにして**顔が写る状態で**参加してください。 | ☐ |
| ⑧ | 研修態度が好ましくない場合（居眠り、携帯電話の使用、研修に関係ない行為等）や無断で離席される場合等には、受講を取り消すか、または修了を認めない場合があります。 | ☐ |
| ⑨ | 受講者側の原因によるシステムのトラブルや接続不具合等により受講ができなかった場合は修了を認めない場合があります。 | ☐ |
| ⑩ | 同じ場所に複数の受講者がいる場合は、ハウリングを起こす可能性がありますので、ご注意ください。 | ☐ |
| ⑪ | グループワーク等の際、周囲の音声をマイクが拾いますので、必ずイヤフォンマイクを使用してください。 | ☐ |
| ⑫ | 講座の録音・録画・撮影は禁止いたします。 | ☐ |

---------------------------------------------------------------------------------------

◆ ５から６は受講希望者の上司の方が記入してください。

役職名 氏 名 　　　 印

５　この研修は、実践リーダーとして介護現場のなかで職員を指導、支援し、チームケアのための

調整を行うことにより、認知症介護の質の向上を推進することを目的としています。自施設実習では、受講者が４週間の間、自らが設定した課題の達成を目指し実習を行いますが、受講者が職場で課題に取り組むことについて協力いただけますか。 → （ はい ・ いいえ ）

６　「熊本県認知症介護実践研修実施要項」の第３（１）②イにある認知症介護実践リーダー研修対象者の要件を確認した上で、受講希望者が要件に合致しているとして受講希望を認めていますか。→（はい・いいえ）

７　この研修で学んでもらいたいこと、期待することを記載してください。

|  |
| --- |
|   |