別紙様式４

実　習　受　入　れ　承　諾　書

令和８年度第２回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，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協力することを承諾します。

令和　　年　　月　　日

実習事業所の名称＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

所在地＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

代表者職・氏名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿印
（私印不可）

受講希望者	所属事業所の名称	
	氏名	印
	備考	※所属事業所にて実習できない理由

※※※

本研修における職場実習場所について

・受講希望者の従事している事業所を実習場所とし，実習を行う。
　但し，新規開設事業所からの受講希望者で，開所前であり，かつ同法人内に同種別の事業所を持たない場合，他の同種別のサービス事業所等へ依頼して実習場所を確保すること。

【職場実習の目的】

研修修了後に自施設の介護現場において，チームの一員として認知症介護の質の向上が図れるような実践力を身につける。

①講義や演習で修得した認知症介護の理念に基づいた知識・技術を実践する。
②個別的なアセスメント・介護計画の基本的な考え方，個人に即した認知症介護を実践する能力を養う。
③利用者が豊かな生活を送るための支援方法を学び，現場の実践において展開できるようになる。

【職場実習の内容・方法】

①自己設定した課題に沿って，実習展開を行い，その解決を目指します。
②職場内の他の職員へ本研修の実習目的，解決目標，スケジュール等実習の主旨・目的を説明し，効果的な実習を行うための協力を得ます。
③期間中，実習計画・実施した結果・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事業所の長による評価を行います。

◎職場実習の取組状況及び実習記録の内容等に不足があると修了を認めませんので，予め御了承ください。
◎受講決定後，職場実習場所の変更は，原則，認められません。
やむを得ず，当初の実習場所にて実施できない理由が生じた際は，速やかに県社会福祉協議会へ申し出てください。やむを得ない理由と認められる場合は，所定の提出書類により実習場所を変更します。