様式2

認知症介護実践者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７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て、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、「認知症介護基礎研修を修了した者あるいはそれと同等以上の能力を有する者であり、身体的介護に関する基本的知識・技術を習得しており、身体介護に関する実務経験が２年以上である方」が対象で、認知症介護に関する実践的な知識及び技術を習得することを目的としています。　　　→研修の目的について理解しました。（　はい　・　いいえ　）

２　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） |

３　本研修には、前期研修と後期研修の間の２週間と、後期研修後の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「はい」または「いいえ」に「〇」を記して回答してください。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| ① | 今回受講頂く研修はオンライン開催となっていますが、オンライン利用環境は整っていますか。 | はい | いいえ |
| 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。 | はい | いいえ |
| ③ | ②で「いいえ」と回答した場合、基本的なパソコン操作について、自事  業所等でサポートを受けることができますか。  ※研修に関係のない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。 | はい | いいえ |
| ④ | 本研修の受講にあたり、事前に接続テスト（映像や音声の確認等）への参  加を希望しますか。  ※オンライン操作に不安がある方向けに行うもので、参加は任意です。 | はい | いいえ |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 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いますか。 | はい | いいえ |
| 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。 | はい | いいえ |
| ⑦ | 受講中はカメラをオンにして参加してください。 | はい | いいえ |
| 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。 | はい | いいえ |
| 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。 | はい | いいえ |
| 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。 | はい | いいえ |
| 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。 | はい | いいえ |
| ⑫ | 講座の録音・録画・撮影は禁止いたします。 | はい | いいえ |
| ⑬ | 修了証書は、全カリキュラム（全日程）を修了した方に後日郵送いたします。 | はい | いいえ |
| ⑭ | 新型コロナウイルス等のワクチン接種日と重ならないよう、事前に調整していただきますようお願いします。当該ワクチン接種のために研修の受講ができない場合、研修の修了を認めません。 | はい | いいえ |

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

◆　５から７は受講希望者の上司の方が記載してください。

役職名　　　　　　　　氏　名　　　　　　　　　印

５　この研修は、「認知症介護基礎研修を修了した者あるいはそれと同等以上の能力を有する者であり、身体的介護に関する基本的知識・技術を習得しており、身体介護に関する実務経験が２年以上である方」が対象ですが、受講希望者は、この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　）

６　本研修には前期研修と後期研修の間の２週間と、後期研修後の４週間の職場実習（受講者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。上記受講申込者の職場実習に対する御協力を頂けますか。

　 →　（　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。