令和５年度　愛知県介護福祉士会

認知症介護実践リーダー研修　受講・修了要件　同意書

本研修は、リーダーとして認知症に関する理解を深め、自職場に学びを還元することを目標をとしていると同時に、修了することで認知症ケア加算の取得要件にもなります。そのため、様々な条件を満たさない場合には、運営法人の判断の上で修了証の交付ができないことがあります。以下の内容に同意の上で、署名・押印をお願いいたします。

1. 愛知県内の介護事業所に勤務しており、所属長の推薦の下で受講をすること。
2. 研修の受講（職場実習も含む）においては、職場の理解・協力が得られること。
3. 全ての講義、演習及び職場実習に出席すること。研修の欠席・遅刻・早退は認められません。
4. 全ての講義において、積極的に参加をすること。本研修は演習やグループワークが多くあります。そこへの積極的な参加姿勢が認められない場合には、修了ができない場合があります。

例）グループワークで発言をしない、ワークシートへの記入をしないなど

1. 講義、演習は認知症介護実践者研修の内容を理解していることを前提に行います。本研修の講義内容が理解出来るように、必要に応じて予習・復習は各自で行うこと。
2. 事業所の種別、職種、立場を尊重し、他の受講生と学びあう姿勢で受講すること。
3. 以下の場合には受講の取り消し又は、修了を認めない場合があります。
   * + - * 講義中のメール、LINE等の使用
         * 講義の録音・撮影等
         * 指定期間内に提出物がない
4. 職場実習において、協力が得られる後輩職員がいること。
5. 各講義演習からの学びを活かし、職場実習を行うこと。
6. 職場実習の報告過程において、受講生自身による実施が確認できない場合には、修了証の発行はできません。
7. 本研修はリーダーとして、チームメンバーの指導をするまでのプロセス（過程）や必要な知識・技術を学習します。その点について、十分な理解をしたうえで受講をすること。

令和　　　年　　　月　　　日

受講番号　　　　　　　受講生氏名（自著）

事業所名　　　　　　　　　　　　　　役職・所属長氏名（自著）　　　　　　　　　　　　　　　　印