

株式会社リハビリサポートまこと
平成28年度認知症介護実践研修（実践者研修）

実務経験証明書

平成 年 月 日

事業所等の
所在地及び名称
代表者名
電話番号

職印

次の者は、以下のとおり認知症高齢者介護の実務経験を有することを証明します。

フリガナ	
氏 名	[昭和・平成 年 月 日生]
施設（事業）種類	[指定・許可等の日付 平成 年 月 日]
事業所名 又は施設名	
従事職種	
従事期間 (注2)	平成 年 月 日～平成 年 月 日まで
うち介護等の業務 に従事した日数 (注2)	年 ヶ月

注1 勤務した施設・事業所ごとに、その施設・事業所の長又は代表者が発行した実務経験証明書を提出してください。

2 実務経験については、介護保険施設（特別養護老人ホーム、介護老人保健施設又は介護療養型医療施設）、訪問介護（ホームヘルプサービス）事業、訪問看護事業、通所介護（デイサービス）事業、通所リハビリテーション（デイケア）事業、認知症対応型共同生活介護（グループホーム）事業等における認知症高齢者介護の実務経験が対象となります。

3 不実または錯誤した内容の記載をした場合は、修了を取り消すことがあります。

様式 3

株式会社リハビリサポートまこと
平成 28 年度認知症介護実践研修（実践者）

実践者研修実習生受入承諾書

平成 年 月 日

株式会社リハビリサポートまこと
代表取締役 山田 勝雄 様

(法 人 名)

(法人代表者名)

印

平成 27 年度 北海道認知症介護実践者研修の目的・内容を理解し、他事業所の実践者研修生が受講する際には、施設・事業所として責任を持って、効果的な外部実習が行なわれるよう参加・協力することを承諾します。

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	職印

様式 4

株式会社リハビリサポートまこと
平成 28 年度認知症介護実践研修（実践者）

第 1 回目実践者研修実習生受入日程調整表

他施設実習については、受講者の勤務地を協力施設として振り分けて行ないます。

下記の期間にて、他施設の実習生の受入をいただきますのでご協力ください。

実習生受入の依頼があった場合の受入可能な日程について受入可能人数をご記入ください。

回答いただいた日程を確認後、他施設実習における実習生の調整をさせていただき、実習生が決まり次第ご連絡をさせていただきます。また、科目受講終了後に各受講者に発表することとなりますので、受入担当者様名とご連絡先もご記入ください。

※ 実習生の受入れが可能な日に受入可能な人数を、ご記入いただき、受入れができない日に×印をご記入ください。

< 第 1 回目 開催 >

日付	受入の可否
平成 28 年 7 月 25 日（月）	人
平成 28 年 7 月 26 日（火）	人
平成 28 年 7 月 27 日（水）	人
平成 28 年 7 月 28 日（木）	人
平成 28 年 7 月 29 日（金）	人

事業所名 _____ 受入担当者名 _____

連絡先 TEL : _____

※ なお、お手数ですが、6 月 16 日（木）までに郵送または F A X にてご返信いただけますよう、よろしくお願い申し上げます。

F A X : 0154-44-7734

様式 4

株式会社リハビリサポートまこと
平成 28 年度認知症介護実践研修（実践者）

第 2 回目実践者研修実習生受入日程調整表

他施設実習については、受講者の勤務地を協力施設として振り分けて行ないます。

下記の期間にて、他施設の実習生の受入をいただきますのでご協力ください。

実習生受入の依頼があった場合の受入可能な日程について受入可能人数をご記入ください。

回答いただいた日程を確認後、他施設実習における実習生の調整をさせていただき、実習生が決まり次第ご連絡をさせていただきます。また、科目受講終了後に各受講者に発表することとなりますので、受入担当者様名とご連絡先もご記入ください。

※ 実習生の受入れが可能な日に受入可能な人数を、ご記入いただき、受入れができない日に×印をご記入ください。

<第 2 回目 開催>

日付	受入の可否
平成 28 年 10 月 31 日（月）	人
平成 28 年 11 月 1 日（火）	人
平成 28 年 11 月 2 日（水）	人
平成 28 年 11 月 3 日（木）	人
平成 28 年 11 月 4 日（金）	人

事業所名

受入担当者名

連絡先 TEL :

※ なお、お手数ですが、9 月 22 日（木）までに郵送または F A X にてご返信いただけますよう、よろしく願い申し上げます。

F A X : 0154-44-7734

外部実習研修生を受け入れる際の注意事項

外部実習の内容としては、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ことが目的です。

1日間の外部実習がスムーズに進み、成果のある実習になるためには、実習施設の実習担当者やスタッフの資質、指導力も問われますので、体制を整えていただけますようお願い申し上げます。また、受け入れ施設も認知症介護実践者研修の趣旨を理解し、実習が行いやすいよう協力する姿勢が求められます。

指導内容については、単なる経験の範囲で実習指導を展開するのではなく、実習の段階的な目標や達成課題、認知症介護実践者研修の目的などを十分に把握し、研修生にアドバイス、指導、評価、修正のできる能力が必要とされます。

以上を踏まえた上で、受け入れにご協力をいただけますようお願い申し上げます。