

# 平成 30 年度 第 3 回神奈川県認知症対応型サービス事業管理者研修 における申込みの概要

## 1 目的

神奈川県内の単独型・併設型指定認知症対応型通所介護事業所、共用型指定認知症対応型通所介護事業所、指定小規模多機能型居宅介護事業所、指定認知症対応型共同生活介護事業所、指定看護小規模多機能型居宅介護事業所、単独型・併設型指定介護予防認知症対応型通所介護事業所、共用型指定介護予防認知症対応型通所介護事業所、指定介護予防小規模多機能型居宅介護事業所、指定介護予防認知症対応型共同生活介護事業所の管理者又は管理者になることが予定される者を対象として、当該事業所を管理・運営する上で必要な知識・技術の修得する研修を実施することで、認知症高齢者に対する介護サービスの充実を図ることを目的とします。

## 2 実施主体

神奈川県（社会福祉法人 神奈川県社会福祉事業団に委託）

## 3 実施日

平成 30 年 12 月 10 日（月）・12 月 11 日（火）

## 4 定員

100 名

## 5 受講対象者（次の要件をすべて満たしている者）

- ・県内に所在する単独型・併設型指定認知症対応型通所介護事業所、共用型指定認知症対応型通所介護事業所、指定小規模多機能型居宅介護事業所、指定認知症対応型共同生活介護事業所、指定看護小規模多機能型居宅介護事業所、単独型・併設型指定介護予防認知症対応型通所介護事業所、共用型指定介護予防認知症対応型通所介護事業所、指定介護予防小規模多機能型居宅介護事業所、指定介護予防認知症対応型共同生活介護事業所の管理者又は管理者になることが予定される者
- ・認知症介護実践者研修（又は旧基礎課程）を修了している者又は研修開催日までに修了予定の者

## 6 申込期間

申込期間については、市町村によって異なりますので、事業所所在の市町村担当課へお問い合わせください。

## 7 提出書類

- ・平成 30 年度 第 3 回神奈川県認知症対応型サービス事業管理者研修受講申込書  
※申込書用紙は、事業所所在の市町村担当課へお問い合わせください。
- ・認知症介護実践者研修（又は旧基礎課程）修了証書の写し

## 8 申込方法

事業所所在の市町村担当課に「7 提出書類」を添えて、郵送により提出してください。  
※提出先は神奈川県ではありませんので、注意してください。

## 9 研修日程・会場・内容

別紙「平成 30 年度 第 3 回神奈川県認知症対応型サービス事業管理者研修日程表」のとおり

## 10 受講料

7,500円

支払い方法については、受講者決定通知書により案内します。

※振込み時にかかる費用は受講者負担となります。

※納入された受講料は返金できません。

※受講決定後に研修を取り下げられた場合も、受講料は徴収します。

※交通費・昼食代は受講者負担となります。

## 11 受講決定通知

平成 30 年 11 月 12 日（月）までに受講決定結果を郵送により通知します。

期日までに通知が届かない場合は、下記問い合わせ先に連絡してください。

## 12 修了認定の基準

原則として全日程出席した者に修了証書を交付します。

## 13 注意事項

- ・ 受講申込書に虚偽の記載があった場合は、受講決定及び修了証書を取り消すとともに、同事業所は、今年度中に開催される本研修を受講することはできません。
- ・ 受講決定後は、事業所内であっても受講者の変更はできません。
- ・ 本研修受講中に、受講することが適切でないと判断された者は退席いただき、以降の研修を受講することはできません。なお、その際の受講料は返金いたしません。

## 14 個人情報の取り扱い

本研修の申込書等に記載された事項は、個人情報保護の規定に則り適正な管理を行い、本研修以外に使用することはありません。

問い合わせ先

〒231-0003 横浜市中区北仲通 3-33

神奈川県中小企業共済会館 5 階

社会福祉法人 神奈川県社会福祉事業団

研修センター 山口

電話 045-319-4310

FAX 045-319-4315