

平成31年度（2019年度）第 回認知症対応型サービス事業管理者研修
受講申込確認書

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（開設者・前任の管理者等）の方に研修の趣旨を理解していただき、それを確認するためのものです。受講申込書と一緒に提出してください。

受講希望者の方が記入してください。

氏 名 _____

1 研修の目的

この研修は、認知症介護実践者研修を修了し、「認知症対応型サービス事業所等の管理者又は管理者になることが予定されている者」が対象で、当事業所を管理・運営していくために必要な知識及び技術の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か。（ はい ・ いいえ ）

2 この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。

* この研修は、認知症介護実践者研修を修了した者が対象ですので、認知症介護に関する実践的な知識及び技術を習得していることを前提に実施されます。

受講希望者の上司（開設者・前任の管理者等）の方が記載してください。

職名 _____ 氏 名 _____

1 この研修は、認知症介護実践者研修を修了し、「認知症対応型サービス事業所等の管理者又は管理者になることが予定されている者」が対象で、当事業所を管理・運営していくために必要な知識及び技術の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。