**平成２７年度　京都市認知症介護実践リーダー研修**

①受講申込者用（ﾘｰﾀﾞｰ）

**受講選考レポート　①**

所属施設・事業所名　　　　　　　　　　　　　　　　　　受講申込者名

１　あなたがこの研修を受講しようと思った理由を御記入ください。

２　あなたが考える職場のリーダーに求められる役割について，御記入ください。

３　研修修了後，あなたが職場でどのような役割を担っていこうとお考えか，御記入ください。

４　あなたが考える認知症介護に携わる人にとって大切なものについて，御記入ください。

５　あなたの『認知症介護の理念』について御記入ください。

**平成２７年度　京都市認知症介護実践リーダー研修**

**受講選考レポート　②**

②所属長・施設長等用（ﾘｰﾀﾞｰ）

施設名　　　　　　　　　　　　　　　役職名　　　　　氏名

受講申込者名

１　受講申込者を本研修に推薦した理由について御記入ください。

２　受講申込者に本研修で学んできてほしい内容について御記入ください。

３　実践リーダー研修では，平成２７年１１月１４日～平成２８年１月２６日のうちの約４週間，職場実習として，講義・演習・実習での学びを踏まえ，自施設で他の職員とともにチームで課題に取り組むこととなります。

このため，職場実習を円滑に進めるため，各施設・事業所のサービス運営に支障のない範囲で受講生の勤務の御配慮をお願いしています。御配慮の可否について，以下のいずれかに○をしてください。

（例えば）・職場実習中であることを他の職員に周知する

・職場実習の取り組み（ケアプランの立案・実践・評価）に職員全員で協力する，など

可　　能　　・　　不　可　能

４　受講生に対し，組織として責任をもって協力する体制を執ることは可能ですか。以下のいずれかに○をしてください。

可　　能　　・　　不　可　能

**【お問い合わせ先】**

〒600-8127　　京都市下京区河原町通五条下る東側「ひと・まち交流館　京都」３階

　　　　　　　　　　京都市長寿すこやかセンター（社会福祉研修・介護実習普及センター）

研修担当：田中・横田

　　　　　　　　　　　電　話（０７５）３５４－８８２２