若年性認知症施策総合推進事業

介護従事者向け若年性認知症研修の御案内

１．研修の目的

若年性認知症の人の受け入れがある・受け入れを希望する介護事業所等の従事者を対象として、若年性認知症に関する基礎知識および若年性認知症の人にとって使いやすい介護サービス提供のための資質向上をはかることを目的とする。

　 ２．実施主体　　三重県　（　有限会社イトーファーマシーが三重県から受託して実施します　）

３．募集人数　　30名程度　　　(　受講料　　無料　)

４．研修日程

令和6年　9　月　17日(火)～10月30日(水)

講義は3時間、実習については全体を10班に分け、3人程度ずつそれぞれ1日間行います。

５．研修スケジュール及び内容

|  |  |
| --- | --- |
| 講義・演習日程・会場 | 9月17日(火)　13:00～16:00オンライン(ZOOM予定) |
| 実習日程・会場 | 9月18日(水)～10月30日(水)までのうち1日間　　9:30～16:00　　デイハウス沙羅・・鈴鹿市安塚町638-16　　　TEL 059-382-8490 |

６．参加条件

研修の全日程に参加可能な者。

**FAX**

**059-382-8496**

７．申し込み方法

別紙申し込み用紙に記入の上**FAXにて**申し込んでください。

(一人ずつ申込用紙に記入してください)

８．申し込み期限

**令和6年9月10日（火）**　(　応募者多数の場合、先着順に受講決定いたします　)

9.その他

※研修に当たっては、個人情報の保護に留意し、適正に管理いたします。

※全日程受講の方には受講修了書を発行いたします

※実習日に発熱や咳等の風邪症状がみられる方には実習日を調整いたしますので、ご無理なさらないようお願いします。講義・演習に関しましては、Zoomでの開催となります。

10．連絡先

　三重県若年性認知症サポートセンター

〒513-0818　鈴鹿市安塚町638-16　　(有)イトーファーマシー内

TEL　059-382-8490　　FAX　059-382-8496　📧　yousei@ito-pharmacy.jp

**059-382-8496**

若年性認知症施策総合推進事業

**介護従事者向け若年性認知症研修 受講申込書**

|  |  |
| --- | --- |
| 受講希望者氏名 | フリガナ　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　生年月日(西暦) |
| 　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　㊞　　　　　　　　　　年　　　　月　　　日 |
| 受講希望者住所 | 〒 |
| 職種・役職 |  |
| 施設・事業所名 |  | 介護実務経験年数 | 　年　　　　ヶ月 |
| 所在地 | 〒　　　　　－ |
| 電話番号 |  | FAX番号 |  |
| ZOOM対応PCアドレス |  |
| 現場実習日について | 9月18日（水）～10月30日(水）までの月・水・金のいずれか1日となります。日にちはこちらの指定する日となりますが、都合の悪い日があればご記入下さい。　　　 |

※実習も含め全日程とも参加願います。全日程参加者に修了証をお渡しいたします。

※本申込書に記載された事項につきましては、個人情報保護等の規定に則り適正な管理を行い、研修事業の実施に関する業務以外に使用することはいたしません。

※実習日については、応募者が多くなった場合調整させていただきます。

※本申込書及び同意書の**原本は研修初日受付に提出**してください。

個人情報守秘同意書

1. 今回の研修中に知り得た個人情報は、研修終了後も含め、他の目的では使用しません。

２．また、研修中に知り得た個人情報は、第三者に漏洩しないよう細心の注意を払います。

私は個人情報の取扱いについて、上記の事項を確認のうえ、同意します。

令和　　　年　　　月　　　日

（自宅住所）　〒

（氏　名）　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　㊞