

年 月 日

大阪市長 様

住 所  
氏 名  
連 絡 先 ( )

## 認知症介護指導者養成研修 申込書

必要書類を添付の上、次のとおり申し込みます。

### 記

#### ・受講希望回次

第1希望 第 回目      第2希望 第 回目

第1回目    令和5年6月5日(月) ～ 令和5年8月4日(金)  
第2回目    令和5年8月28日(月) ～ 令和5年10月27日(金)  
第3回目    令和5年12月4日(月) ～ 令和6年2月9日(金)

#### ・申込方法

- 大阪市の推薦により受講を希望します。
- 大阪市の推薦により受講を希望しますが、推薦を受けることができなければ介護保険事業所長の推薦により受講を希望します。
- 介護保険事業所等の長による推薦により受講を希望します。  
(大阪市の推薦は希望しません)

※裏面に注意事項を記載しています。

## (注意事項)

- 本市推薦、事業所推薦のいずれにも関わらず、指導者研修修了者につきましては、認知症介護基礎研修、実践者研修等の企画立案に参画し、講師役として従事いただくとともに、地域ケアを推進する役割を担っていただくことにより、大阪市の認知症の方への支援施策に携わっていただくことが必須となります。
- 本市推薦は、本市所管の事業所・施設等に勤務されている方を対象とします。
- 本市推薦者は必要書類による書類審査で決定します。
- 令和5年度（2023年度）の本市推薦者枠は計3名です。
- 事業所推薦により受講希望の場合（本市推薦との併願を含む）、「介護保険事業所長等推薦書」をご提出ください。
- 本市推薦、事業所推薦で申込期日が異なります。

本市推薦	申込期日	<u>令和5年3月29日（水）必着</u>
※第1～3回目の募集を一括して行います。		
事業所推薦	申込期日	
	第1回目研修	<u>令和5年3月29日（水）必着</u>
	第2、3回目研修	<u>令和5年6月14日（水）必着</u>
- 本市推薦の方につきましては、受講料、交通費、宿泊費を本市において負担します。
- 事業所推薦の方につきましては、研修にかかる全経費をご本人または事業所等にて負担していただきます。