

実習協力承諾書

認知症介護実践研修「実践リーダー研修」の目的・内容を理解し、下記の者について、所属事業所として責任を持って、効果的な実習が行われるよう協力することを承諾します。

<実践リーダー研修実習について、所属長（管理者）様へのお願い>

- 各所属におかれましては、受講者が上記実習に取り組む際には、業務（勤務）等の調整、自施設実習における課題への取組み等、本研修の効果的な実施にご協力をお願いします。
- 自施設実習は、実習期間、実習課題等を他の職員にも周知した上で、受講者を中心に、設定された課題について取組んでいく必要があります。所属長様には、職場へのご配慮、また課題の実行や受講者本人への支援等ついて最大限のご協力をお願いします。
- 上記実習については、本研修の中で重要な位置を占めています。従って、実習が確実に履行されていない、また、受講態度等が不適切であると判断される場合などは研修中止となり、修了証書が発行できない場合がありますのであらかじめご了解ください。
- チーム全体での認知症ケアの取組みの他、職場内教育手法(OJT)を使って段階に応じた人材育成をしていただきます。同じ部署に勤務するチーム員の中から OJT 対象者を選定していただき、実習期間中はなるべく受講者と OJT 対象者が同じ日の勤務になるような配慮をお願いします。**

受講者	氏名	
-----	----	--

実習担当上司	役職名	
	担当上司名	

OJT対象者	氏名	(現場経験 約 年 ヶ月)
--------	----	---------------

※OJT対象者の同意 あり なし (必ずチェックをお願いします)

平成 30 年 月 日

事業所名

役職名

所属長（施設長・管理者）署名



(直筆署名をお願いします)