

# 受講希望施設用

平成 26 年度 ユニットケア研修受講者募集要項

(ユニットリーダー研修)

浜松市 前期 (第 1 期～第 2 期) 募集

一般社団法人 全国個室ユニット型施設推進協議会

## 本募集要項内において使用する用語の定義

正式名称等	本要項内における略称
平成 26 年度ユニットケア研修受講者募集要項（ユニットリーダー研修）浜松市 前期（第 1 期～第 2 期）募集	本要項
一般社団法人全国個室ユニット型施設推進協議会	本会
一般社団法人全国個室ユニット型施設推進協議会会長	会長
受講を希望する者が所属する施設	受講希望施設
都道府県及び指定都市	都道府県等
受講が決まった者	受講者
受講者が所属する施設	受講者所属施設
受講が決まった者の氏名等を記載した通知	受講者決定通知
実地研修を行う場所となるユニットリーダー研修実地研修施設	実地研修施設

## 受講申込書のダウンロードについて

受講を希望する受講者所属施設は、本会ホームページにある「ユニットケア研修」(<http://suishinkyō.net/unitcare/home.html>)の「各種書類」内より、「受講申込書」をダウンロードしてください。

**\* 記入方法は、別紙記入例①を参考にしてください。**

**\* 申込方法の詳細は、本要綱「6. 受講手続」をご参照ください。**

## 1. 申込及び推薦のスケジュール

○以下のスケジュールにより、申込・推薦等を実施します。

	受講希望施設からの郵送またはオンラインによる申込期間	本会より、受講者決定通知（請求書同封）を送付	受講料支払期限	研修開始
第1期	平成26年1月20日（月） ～2月3日（月）	平成26年 3月25日（火）	平成26年 4月7日（月）	平成26年 4月中旬
第2期	平成26年4月11日（金） ～4月25日（金）	平成26年 6月20日（金）	平成26年 7月4日（金）	平成26年 7月中旬

※第2期より、オンライン申込開始予定（詳細は、別途お知らせいたします）

※詳細は、「6. 受講手続」をご参照ください。

## 2. 受講対象者

- ユニットリーダー研修の受講対象者は、ユニットケア施設（ユニット型指定介護老人福祉施設及びユニット型指定地域密着型介護老人福祉施設、ユニット型指定短期入所生活介護事業所並びにその他ユニットケア（居宅に近い居住環境の下で、居宅における生活に近い日常生活の中で行われる生活単位と介護単位とを一致させたケアをいう。以下同じ。）を実施している施設）に勤務している職員又は勤務する予定の職員（原則として、研修受講年度またはその翌年度に開設するユニットケア施設に勤務する予定の職員とする。）であって、各ユニットにおいて指導的役割を担う者のうち、本会によって、選考された者（以下、受講が決まった者を、以下「受講者」という。）とします。

## 3. 研修内容

### (1) カリキュラム

- 本会が指定する講師による講義・演習（3日間）及び実地研修（5日間）とします。なお、講義・演習及び実地研修の内容は別紙1のカリキュラムのとおりです。

### (2) 事前課題及び事後課題

- 本研修において事前課題と事後課題を受講者に提出していただきますので、以下のように各課題のダウンロードをお願いいたします。

課題名	配布時期等について
事前課題	受講者決定通知と一緒に送ります。また、下記 URL より「事前課題」をダウンロードすることもできます。 ※「ユニットケア研修ホームページ」 ( <a href="http://suishinkyo.net/unitcare/home.html">http://suishinkyo.net/unitcare/home.html</a> )「各種書類」
事後課題	講義初日に本会より受講者に直接お渡しいたします。

#### 4. 研修日程及び募集人数

- 講義・演習及び実習の日程及び募集人数は、別紙2「ユニットリーダー研修日程表（以下、「日程表」という。）のとおりとします。

※講義（座学）受講後、実地研修までに課題を作成していただきます。

実地研修の日程につきましては、課題作成の時間を考慮の上、お申込みください。

#### 5. 研修の開催場所

- 本会が指定する会場及び実地研修施設において、別紙日程表のとおりとします。

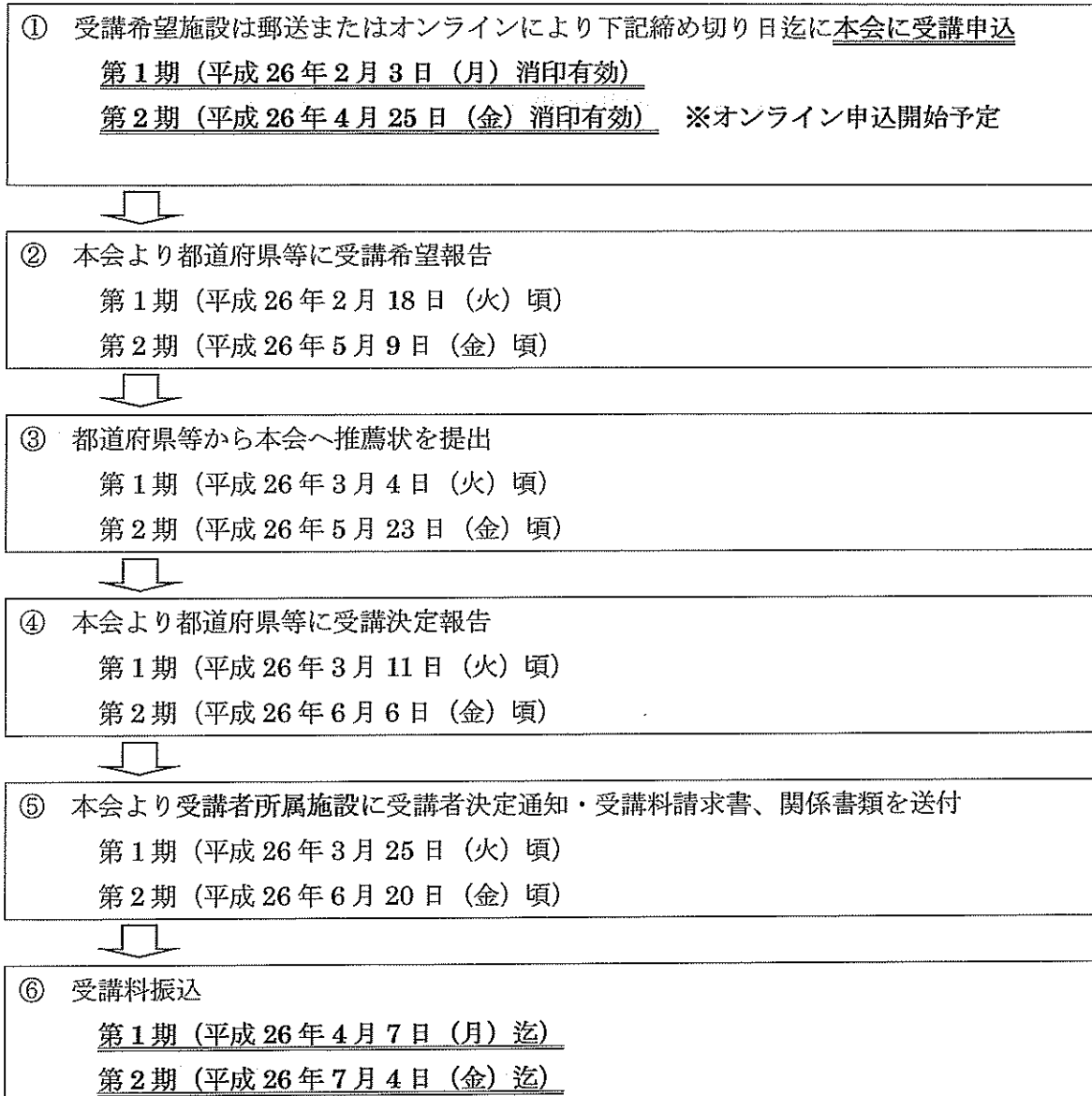
※実地研修施設の選択につきましては、ブロックを超えての申し込みも可能です。

(例) 座学（3日） ⇒ 北海道ブロック（札幌）  
実習（5日） ⇒ 九州・沖縄ブロック（沖縄）

※申込用紙にある「上記施設以外でも受講を希望する」や「上記ブロック以外でも受講を希望する」に「しない」と希望された場合、申込状況によっては受講できない可能性があります。あらかじめご了承ください。

## 6. 受講手続

### (1) 受講申込から受講決定までの流れ



### (2) 申込期限及び申込時の諸注意について

- ① 申込期限以降の申込は、原則的には出来ません。
- ② 1施設から受講を申込み人数には、制限はありません。
- ③ 希望する講義・演習の日程及び実地研修施設について第1希望から第4希望まで届出ること。その際、必ず受講できる方及び必ず受講できる日程で申込をすること。なお、実地研修の日程については、全て本会が調整し決定します。
- ④ 受講者決定後、受講を辞退する場合には、キャンセル料として所定の額を請求させていただきます。

※詳細は、「7. 受講料について (3)」をご参照ください。

- ⑤ 施設開設年月日・申込者の役職名について、前述「2. 受講対象者」との不整合又は未記入などがあった場合には、申込を受理できません。
- ⑥ 受講申込書原本に、本要項内の諸条件に同意した上で申込をした旨を証するため、受講希望施設の法人名・当該施設名・施設代表者の署名・捺印及び受講を希望する者本人の署名・捺印をし、本会に送付すること。

\*記入方法は、別紙記入例①を参考にしてください。

## 7. 受講料について

- (1) 受講者一人につき 100,000 円です（但し、テキスト代、宿泊代、食事代は含まれません）。
- (2) 都道府県等のみが業務委託料兼受講料として負担する方法の他、都道府県等と受講者所属施設との取り決めにより、受講者所属施設が受講料を自己負担する方法によることも可能ですので、どちらのご負担となるかは、所管の都道府県等にお問い合わせいただきますようお願いいたします。
- (3) (2) に関わらず、受講料は受講者の決定日（受講者に決定通知が届いた日ではなく、本会にて受講決定通知を作成した日。以下「受講決定日」という。）に発生いたします。  
決定後に辞退をした場合は、下記の通りキャンセル料をご請求いたします。なお、銀行振り込みにかかる手数料等は都道府県等または受講者所属施設が負担することといたします。

キャンセル料：1人あたり     ¥5,000-

なお、受講料振込後の場合は、受講料からキャンセル料及び送金にかかる費用（振込手数料）を差し引いた金額を返金します。

- (4) 受講料の支払方法については、都道府県等が業務委託料として本会宛に直接お支払いいただく方法の他、受講料について受講者所属施設の負担を取り決めている都道府県等については、都道府県等からの指示により、受講者所属施設が直接本会宛に受講料を送金してお支払いいただく方法がございます。お支払方法についても、所管の都道府県等にお問い合わせいただきますようお願いいたします。
- (5) 受講者の決定に伴い、業務委託料（受講者所属施設にとっては受講料）が発生いたしますので、本会から都道府県等宛に請求書をご送付いたします。都道府県等との取り決めにより、受講料を負担される受講者所属施設におかれましては、都道府県等から送付された請求書に基づき、受講料のお支払いを下記日程までにお願いいたします。なお、銀行振り込みにかかる手数料等は都道府県等又は都道府県等の指示により受講者所属施設が負担することといたします。

	受講料支払期限
第1期	平成26年4月7日(月)
第2期	平成26年7月4日(金)

## 8. 受講料以外の費用等

### (1) テキストについて

(ア) 研修にはテキストが必要です。

	テキスト名	価格
①	ユニットケア研修テキスト【最新版】	2,940円
②	ユニットケア実践Q&A【改定版】	2,100円

※施設に上記テキストがある場合には、購入せずご持参いただいても構いません。

※座学講義、初日に会場にてテキストを販売いたします。

(イ) その他、参考教材も販売いたします。

	参考テキスト名	価格
③	ユニットケアで暮らしをつくる	2,100円
④	ユニットケア導入までのチェックポイント130	2,100円
⑤	認知症高齢者が安心できるケア環境づくり	2,730円
⑥	認知症ケア環境辞典	3,360円

### (2) 研修中の昼食及び宿泊について

○ 受講者各自でご用意ください。

## 9. 受講決定日以後の諸手続

(1) 受講決定日以後の、受講者所属施設からの講義・演習及び実地研修の日程変更の希望について

○ 一切取扱いいたしません。

(2) 受講決定日以後の、受講者所属施設からの受講者変更の希望について

○ やむを得ず受講者を変更する場合には、以下の手続きを行ってください。なお、受講者所属施設において変更後新たに受講者となる者として申込された者(以下、「変更者」という。)が前述「2. 受講対象者」と不整合があった場合及び以下の受講者変更手続きを研修受講開始日の10日前までに完了しなかった場合、受講者の変更は認めません。なお、研修受講開始後は受講者の変更は一切取扱いいたしません。

手続順序		手続内容
①	都道府県等への連絡及び郵送またはオンラインでの変更手続の実施	<p>受講者の変更を希望する受講者所属施設は、「ユニットケア研修ホームページ上」  <a href="http://suishinkyō.net/unitcare/home.html">（http://suishinkyō.net/unitcare/home.html）</a>「各種書類」内にある「受講者変更申請書」にご記入の上、郵送またはオンラインで、研修受講開始日の10日前までに本会担当者まで申請してください。</p> <p style="border: 1px solid black; padding: 2px;">* 記入方法は、別紙記入例②を参考にしてください。</p> <p style="border: 1px solid black; padding: 2px;">ださい。</p>
②	本会から各都道府県等へ、変更後の受講者決定通知を発出	<p>本会より都道府県等担当者宛に新たに受講者決定通知を送付します。</p> <p>※通知が届かない場合には本会にご連絡ください。</p>

**※第2期より、オンラインにて手続き受付予定（詳細は、別途お知らせいたします）**

(3) 受講決定日以後の受講辞退について

- やむを得ず受講を辞退する場合には、研修受講開始日の7日前までに以下の手続きを行ってください。ただし、前述「7. 受講料について (3)」に記載のとおりキャンセル料をご請求いたします。

手続順序		手続内容
①	都道府県等への連絡及び郵送またはオンラインでの辞退手続の実施	<p>受講者の辞退を希望する受講者所属施設は、「ユニットケア研修ホームページ上」  <a href="http://suishinkyō.net/unitcare/home.html">（http://suishinkyō.net/unitcare/home.html）</a>「各種書類」内にある「受講辞退申請書」に記入の上、郵送またはオンラインで本会担当者まで申請してください。</p> <p style="border: 1px solid black; padding: 2px;">* 記入方法は、別紙記入例③を参考にしてください。</p> <p style="border: 1px solid black; padding: 2px;">ださい。</p>
②	本会から各都道府県等へ、辞退者を通知	<p>本会より都道府県等担当者宛に辞退者の通知をします。</p>

**※第2期より、オンラインにて手続き受付予定（詳細は、別途お知らせいたします）**



#### (4) 受講者の欠席・遅刻・早退について

- 研修受講期間中に欠席・遅刻・早退があった場合は、研修を修了したと認められませんので修了証書の発行はいたしません。また、その際の受講料の返金はいたしません。ただし、受講者の責に帰さない、やむを得ない事情であると本会が判定した理由により、欠席・遅刻・早退となった場合において、以下の手続がなされた場合はこの限りではありません。

#### (ア) 公共交通機関の遅延等による欠席、遅刻の場合

- ① 受講者所属施設は、理由書及び公共交通機関の発行する遅延等の証明書を都道府県等宛に提出してください。
- ② 未受講の講義について、本会の指定する、課題の実施・提出、研修の受講等を行ってください。

#### (イ) その他の事情の場合

- ① 受講者所属施設は、理由書及び理由を証明する文書を都道府県等宛に提出してください。
- ② (ア)の②に同じ。

### 10. 修了証書

- 研修を修了した受講者には、本会から修了証書が交付されます。修了証書は、都道府県等に送付します。

### 11. 申込・問い合わせ先

〒226-0015 横浜市緑区三保町 171-1 特別養護老人ホーム「しょうじゅの里三保」内  
一般社団法人 全国個室ユニット型施設推進協議会「ユニットケア研修」担当  
TEL 045-921-0462/FAX 045-921-0472

	テーマ	時間	形式	内容	講師・指導者
1 日 目	開講式	11:00～11:10		挨拶・オリエンテーション	全国個室ユニット型施設推進協議会
	ユニットケアの理念と意義	11:10～12:10 (60分)	講義	ユニットケアとは、利用者一人一人の個性や生活のリズムに沿い、また、他人との人間関係を築きながら日常生活を営まるように介護を行う手法であり、こうしたユニットケアの理念と考え方を学び、利用者、職員及び家族等にとってのユニットケア導入の意義を考える。	別紙1に定めるユニットリーダー研修の講師の要件を満たす者
	認知症の理解と権利擁護	13:00～14:00 (60分)	講義	ユニットケアの提供において、職員の精神的負担、密室性を鑑み「高齢者虐待」「認知症」の2項目に着目し、高齢者の権利擁護について改めて学ぶ。	外部講師 (認知症介護指導者・学識者など)
	高齢者の生活とその環境	14:10～17:20 (180分)+休憩10分	講義	高齢者の生活を支える環境やその整備における留意点(入居前の生活の継続性等含む)について学ぶ。居住空間の種類と構成及びその機能について学ぶ。できるだけ家庭的な雰囲気や、心理的な安定が得られるなじみの環境、快適な環境づくりについて学ぶ。※環境支援の指針としてPEAPを取り入れる。また、調査についてはキャプション評価法を用いる。	別紙1に定めるユニットリーダー研修の講師の要件を満たす者
	ユニットケア導入の過程	17:30～18:30 (60分)	講義	実地研修施設について、ユニットケアの導入から現在に至るまでの経緯や運営上の工夫及び課題等、経時的な観点から学ぶ。	別紙1に定めるユニットリーダー研修の講師の要件を満たす者
	振り返り	18:30～18:40		1日目の研修の振り返り質疑等	全国個室ユニット型施設推進協議会
2 日 目	ユニットケアの具体的な方法	9:00～17:40 (440分)+休憩80分	講義 演習	高齢者が自律的に生活できるようにサポートするためのポイントについて学ぶ。例えば、食事、入浴、コミュニケーションのとり方等生活の流れにそって、場面ごとの事例を通して学ぶ。自施設における入居者の1日の生活の流れを、事例と比較して、どうあるべきかを検討する。	別紙1に定めるユニットリーダー研修の講師の要件を満たす者
	振り返り	17:40～17:50		2日目の研修の振り返り質疑等	全国個室ユニット型施設推進協議会
3 日 目	情報の活用と職員のサポート及び指導等	9:00～16:05 (360分)+休憩65分	演習	ユニット内や、各ユニット間の効率的な情報の伝達、職員間での情報の共有や活用方法について学ぶ。職員への指導やサポートについて学ぶ。自施設における職員研修プログラムについて立案する。	別紙1に定めるユニットリーダー研修の講師の要件を満たす者
	ユニットケア導入・運営計画演習			ユニットケアの導入に際して実施する具体的な取組について、自施設におけるユニットケアの導入に活用できるように実施計画を立案する。簡易に取り組める工夫及び、段階的に導入する方法等、自施設で取り組める方策を検討する。受講間で発表・意見交換する。	
	研修まとめ	16:05～16:35 (30分)	演習	3日間の研修の最後に、「理解促進テスト」を実施し、ユニットケアに関する理解促進を図る。	全国個室ユニット型施設推進協議会
	閉講式	16:35～16:40			全国個室ユニット型施設推進協議会
実地研修 5日間	施設における実地研修	5日間	実習	<p>ユニットの運営上の留意点や工夫について理解し、自施設でどのようにユニットケア施設を展開するか検討する。</p> <p>①入居者それぞれの時間の流れや生活の流れを体験してもらう。</p> <p>②入居者の1日の過ごし方とそれを支える職員の動きを体験してもらう。</p> <p>③スケジュールのない施設のケアを体験してもらう。</p> <p>④ユニットにおける起床・食事・排泄・身だしなみ・入浴・就寝(出来るところは夜間の様子)を体験してもらう。</p> <p>⑤申し送りや記録、合同カンファレンスやミーティング等の情報伝達や情報の共有方策を知る。</p> <p>⑥施設内の研修体制やプログラム、職員間のサポート方法を知る。</p>	実地研修施設の職員

開催回	ブロック名	講義会場及び日程			実地研修		
		会場	日程	定員	実習回	期日	施設名
第1期	関東ブロック	千葉 千葉県教育会館 (604会議室) 千葉市中央区中央4-13-10 043-227-6141	4/15 ~ 4/17	35名	5-1	5月5日~5月9日	幸豊ハイツ(北海道)
					5-2	5月12日~5月16日	青葉のまち(北海道)
					5-3	5月19日~5月23日	山水苑(茨城県)
					5-4	5月26日~5月30日	セ・シボンかしま(茨城県)
					6-1	6月2日~6月6日	しらとり(茨城県)
					6-2	6月9日~6月13日	明尽苑(千葉県)
	中国・九州・沖縄ブロック	長崎 長崎ブリックホール (会議室3~5) 長崎市茂里町2-38 095-842-2002	4/21 ~ 4/23	35名	5-2	5月12日~5月16日	しょうじゅの里三保(神奈川県)
					5-3	5月19日~5月23日	ニューバード(神奈川県)
					5-4	5月26日~5月30日	みくらの里(静岡県)
					6-1	6月2日~6月6日	梅香の里(静岡県)
					6-2	6月9日~6月13日	岐南仙寿うれし野(岐阜県)
					6-3	6月16日~6月20日	燦燦(岐阜県)
東海ブロック	静岡 男女共同参画センター アザレア(502会議室) 静岡市駿河区馬淵1-17-1 054-255-8440	4/22 ~ 4/24	35名	5-2	5月12日~5月16日	夢心(大阪府)	
				5-3	5月19日~5月23日	梅光園(福岡県)	
				5-4	5月26日~5月30日	天空の杜(福岡県)	
				6-1	6月2日~6月6日	玄海園(佐賀県)	
				6-2	6月9日~6月13日	プレジールの丘(長崎県)	
				6-3	6月16日~6月20日	のぞみの杜(長崎県)	
						いずみの園(大分県) 望洋の郷(宮崎県) 東雲の丘(沖縄県)	
※実地研修施設は、座学日程に関わらず 上記、21施設からお選びいただけます。							

※各回とも定員に満たない場合は、開催を見合わせることもございますので予めご了承ください。

開催回	ブロック名	講義会場及び日程			実地研修		
		会場	日程		実習回	期日	施設名
第2期	近畿ブロック	大阪	7/15 ~ 7/17 ・大阪社会福祉協議会 (研修室③) 大阪市中央区中寺1-1-54 大阪社会福祉指導センター内 06-6762-9471	35名	8-1	8月4日~8月8日	幸豊ハイツ(北海道)
					8-2	8月11日~8月15日	青葉のまち(北海道)
					8-3	8月18日~8月22日	山水苑(茨城県)
					8-4	8月25日~8月29日	セ・シボンかしま(茨城県)
					9-1	9月1日~9月5日	しらとり(茨城県)
					9-2	9月8日~9月12日	明尽苑(千葉県)
	東北ブロック	仙台	7/23 ~ 7/25 ・ショーケー本館ビル B1F(G・J室) 仙台市青葉区五橋二丁目11-1 022-266-2784	35名	8-2	8月11日~8月15日	しょうじゅの里三保(神奈川県)
					8-3	8月18日~8月22日	ニューバード(神奈川県)
					8-4	8月25日~8月29日	みくらの里(静岡県)
					9-1	9月1日~9月5日	梅香の里(静岡県)
					9-2	9月8日~9月12日	岐南仙寿うれし野(岐阜県)
					9-3	9月15日~9月19日	燦燦(岐阜県)
	関東ブロック	横浜	7/29 ~ 7/31 ・しょうじゅの里 鶴見 (5階 研修室) 横浜市鶴見区江ヶ崎町2-1 045-576-5020	35名	8-3	8月18日~8月22日	夢心(大阪府)
					8-4	8月25日~8月29日	梅光園(福岡県)
					9-1	9月1日~9月5日	天空の杜(福岡県)
					9-2	9月8日~9月12日	玄海園(佐賀県)
9-3					9月15日~9月19日	プレジールの丘(長崎県)	
9-4					9月22日~9月26日	のぞみの杜(長崎県)	
北海道ブロック	札幌	8/5 ~ 8/7 ・札幌自治労会館 (第4会議室) 札幌市北区6条西7丁目5-3 TEL:011-747-1457	35名	8-4	8月25日~8月29日	いずみの園(大分県)	
				9-1	9月1日~9月5日	望洋の郷(宮崎県)	
				9-2	9月8日~9月12日	東雲の丘(沖縄県)	
				9-3	9月15日~9月19日		
				9-4	9月22日~9月26日	※実地研修施設は、座学日程に関わらず	
				10-1	9月29日~10月3日	上記、21施設からお選びいただけます。	

※各回とも定員に満たない場合は、開催を見合わせることもございますので予めご了承ください。

実施主体の長 殿

全国個室ユニット型施設推進協議会会長 殿

記入例①

※写設名と氏名  
を記真の裏に施  
入して下さい。

平成 26 年度ユニットケア研修 ユニットリーダー研修  
受講申込書

※別紙の募集要項をよくお読みになり、施設の TEL/FAX は必ずご記入ください。

フリガナ	スイシン タロウ	性別	男・女		
氏名	推進 太郎	生年月日(年号)	西暦 1983年 4月 1日 (30歳)		
		施設内申込順位	1		
フリガナ 申込者住所	カナガワケンヨコハマシミドリクミホ 〒226-0015 神奈川県横浜市緑区三保100				
フリガナ 法人名/団体名	シャカイケツホクジン スイシンカイ 社会福祉法人 推進会	事業所番号	1 2 3 4 5 6 7 8		
		TEL	0 1 2 - 3 4 5 - 6 7 8 9		
フリガナ 施設名	トクベツヨウゴロウジンホム ミホノト 特別養護老人ホーム 三保の郷	FAX	0 1 2 - 3 4 5 - 6 7 9 0		
		E-Mail	suishin@××××.or.jp		
フリガナ 施設住所	カナガワケンヨコハマシミドリクミホ 〒226-0015 神奈川県横浜市緑区三保1-2-3				
ユニットケア実施日	平成 19 年 4 月 1 日	人員配置	1. 8 : 1		
		ユニット数	10		
ユニットケア施設管理者研修修了者	1 名	受講中(決定者含)	0 名		
		内退職予定者	0 名		
ユニットリーダー研修修了者	5 名	受講中(決定者含)	0 名		
		内退職予定者	1 名		
申込者役職	1. ユニットリーダー 2. ユニットリーダー就任予定 3. その他 ( )				
主な学歴		高齢者介護に関する主な職歴			
1. 横浜医療福祉専門学校卒業		1. 特別養護老人ホーム 三保の郷 ( 10 年)			
2.		2. ( 年)			
3.		3. ( 年)			
主な資格		受講希望回			
1. 介護福祉士	希望	開催回	ブロック名	施設名	実習回
2. 社会福祉主事	1.	第 1 期	関東	しょうじゅの里三保	7-1
3. 介護支援専門員	2.	第 1 期	関東	ニューバード	7-2
4. 認知症ケア専門士	3.	第 1 期	関東	明尽苑	7-3
5.	4.	第 1 期	関東	みくらの里	7-4
6.	その他		上記施設以外でも受講を希望する	する	しない
7.			上記ブロック以外でも受講を希望する	する	しない

上記の通りユニットリーダー研修に申し込みます。

平成 26 年 4 月 1 日

法人名/団体名 社会福祉法人 推進会  
 施設名 特別養護老人ホーム 三保の郷  
 役職 施設長  
 施設代表者氏名 推進 一郎

施 三  
設 保  
長 の  
印 郷

申込者氏名 推進 太郎

推  
進

平成 26 年度ユニットケア研修 ユニットリーダー研修

受講者変更申請書

現在の受講者

フリガナ	スイシン タロウ	性別	男・女
氏名	推進 太郎	生年月日(年号)	1983年 4月 1日 (30歳)
		受講者番号	26リ13001
フリガナ	シカイケンホウジン スイシカイ	事業所番号	1234567
法人名/団体名	社会福祉法人 推進会	TEL	012-345-6789
フリガナ	トクベツヨウゴロウジンホム ミホノサト	FAX	012-345-6790
施設名	特別養護老人ホーム 三保の郷	E-Mail	suishin@×××××.or.jp
フリガナ	カナガワケンヨコハマシミドリクミホ		
施設住所	〒226-0015 神奈川県横浜市緑区三保1-2-3		
変更事由	体調不良による長期療養のため		

新しい申込者

フリガナ	スイシン ハナコ																
氏名	推進 花子																
性別	男・女																
生年月日(年号)	1980年 4月15日 (33歳)																
フリガナ	カナガワケンヨコハマシコウホククアオバ																
申込者住所	〒222-0030 神奈川県横浜市港北区青葉1-3-2																
申込者役職	1.ユニットリーダー 2.ユニットリーダー就任予定 3.その他 ( )																
<table border="1"> <thead> <tr> <th>主な資格</th> <th>高齢者介護に関する主な職歴</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1. 介護福祉士</td> <td>1. 特別養護老人ホーム みどり ( 5年)</td> </tr> <tr> <td>2. 社会福祉士</td> <td>2. 特別養護老人ホーム 三保の郷 ( 6年)</td> </tr> <tr> <td>3.</td> <td>3. ( 年)</td> </tr> <tr> <td>4.</td> <td>主な学歴</td> </tr> <tr> <td>5.</td> <td>1. ○○医療福祉大学卒業</td> </tr> <tr> <td>6.</td> <td>2.</td> </tr> <tr> <td>7.</td> <td>3.</td> </tr> </tbody> </table>		主な資格	高齢者介護に関する主な職歴	1. 介護福祉士	1. 特別養護老人ホーム みどり ( 5年)	2. 社会福祉士	2. 特別養護老人ホーム 三保の郷 ( 6年)	3.	3. ( 年)	4.	主な学歴	5.	1. ○○医療福祉大学卒業	6.	2.	7.	3.
主な資格	高齢者介護に関する主な職歴																
1. 介護福祉士	1. 特別養護老人ホーム みどり ( 5年)																
2. 社会福祉士	2. 特別養護老人ホーム 三保の郷 ( 6年)																
3.	3. ( 年)																
4.	主な学歴																
5.	1. ○○医療福祉大学卒業																
6.	2.																
7.	3.																

写真貼付け  
(4cm×3cm)  
※写真の裏に施設名と氏名を記入して下さい。

上記の通りユニットリーダー研修の変更を申し込みます。

平成26年 5月 1日

法人名/団体名 社会福祉法人 推進会  
施設名 特別養護老人ホーム 三保の郷  
役職 施設長  
施設代表者氏名 推進 一郎

三保の郷  
施設長  
自印

申込者氏名 推進 花子

推進

平成 26 年度ユニットケア研修 ユニットリーダー研修

受講辞退申請書

下記のとおり、ユニットケア研修を辞退いたします。

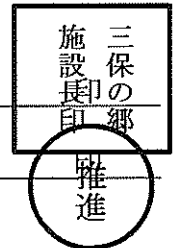
辞退する受講者

研修区分	ユニットリーダー研修	受講者番号	26リ130001
フリガナ	スイシン ハナコ	性別	男・女
氏名	推進 花子	生年月日(年号)	1980年 4月15日(33歳)
フリガナ	シャイクンホウジン スイシンカイ	事業所番号	1234567
法人名/団体名	社会福祉法人 推進会	TEL	012-345-6789
フリガナ	トクベツヨウゴロウジンホーム ミホノト	FAX	012-345-6790
施設名	特別養護老人ホーム 三保の郷	E-Mail	suishin@××××.or.jp
フリガナ	カナガワケンヨコハマシミドリクミホ		
施設住所	〒226-0015 神奈川県横浜市緑区三保1-2-3		
辞退事由	退職により辞退いたします。		

平成26年 6月 1日

法人名/団体名 社会福祉法人 推進会  
 施設名 特別養護老人ホーム 三保の郷  
 役 職 施設長  
 施設代表者氏名 推進 一郎

申込者氏名 推進 花子



実施主体の長 殿

全国個室ユニット型施設推進協議会会長 殿

平成 26 年度ユニットケア研修 ユニットリーダー研修  
受講申込書

写真貼付け  
(4cm×3cm)

※写真の裏に施設名と氏名を記入して下さい。

※別紙の募集要項をよくお読みになり、施設の TEL/FAX は必ずご記入ください。

フリガナ 氏名		性別	男 ・ 女		
		生年月日	西暦	年	月 日 ( 歳)
		施設内申込順位			
フリガナ 申込者住所	〒				
フリガナ 法人名/団体名		事業所番号			
		TEL			
フリガナ 施設名		FAX			
		E-Mail			
フリガナ 施設住所	〒				
ユニットケア実施日		人員配置	:	ユニット数	
ユニットケア施設管理者研修修了者	名	受講中(決定者含)	名	内退職予定者	名
ユニットリーダー研修修了者	名	受講中(決定者含)	名	内退職予定者	名
申込者役職	1.ユニットリーダー 2.ユニットリーダー就任予定 3.その他 ( )				
主な学歴			高齢者介護に関する主な職歴		
1.		1.		( 年)	
2.		2.		( 年)	
3.		3.		( 年)	
主な資格		受講希望回			
1.	希望	開催回	ブロック名	施設名	実習回
2.	1.	第 期			-
3.	2.	第 期			-
4.	3.	第 期			-
5.	4.	第 期			-
6.	その他		上記施設以外でも受講を希望する	する ・ しない	
7.			上記ブロック以外でも受講を希望する	する ・ しない	

上記の通りユニットリーダー研修に申し込みます。

平成 年 月 日

法人名/団体名

施設名

役職

施設代表者氏名

印

申込者氏名(連絡担当)

印



## 受講希望回の記入方法について

### 【記入例】

希望	開催回	ブロック名	施設名	実習回
1.	第 1 期	関東	山水苑	7-2
2.	第 1 期	関東	山水苑	7-4
3.	第 1 期	関東	山水苑	7-2
4.	第 1 期	関東	セ・シボンかしま	7-2
その他		上記施設以外でも受講を希望する	○する	・ しない
		上記ブロック以外でも受講を希望する	する	・ ○しない

- ① 希望：1. ～4. の順番で希望を記入してください。
- ② 開催回：日程表の一番左に書いてある「期」を記入してください。
- ③ ブロック名：受講したいブロックを記入してください。
- ④ 施設名：実地研修を希望する施設名を記入してください。  
座学希望ブロックを超えての施設希望も可能です。
- ⑤ 実習回：実地研修を希望する回を記入してください。
- ⑥ その他：希望する施設があり、同一ブロック内で、他の施設でも受講可能な場合は、「上記施設以外でも受講を希望する」の「する」に○を  
また、ブロックを超えても受講可能な場合は、「上記ブロック以外でも受講を希望する」の「する」に○を付けてください。