

## 各法人（事業所）長の皆様へ

### 1. 受講にあたって

沖縄県認知症介護各種研修において、受講生や事業所の都合で、研修直前又は研修期間中に受講を辞退される方がいらっしゃいます。組織内の異動などの理由により辞退されることがないようにお願いいたします。

※過去の沖縄県認知症介護各種研修において、受講決定後に辞退、受講取消し若しくは研修未修となった方の所属先を選考から除外する場合があります。

### 2. 自施設実習について

本研修においては、自施設実習 4 週間行います。その期間中、受講生が円滑に実習に取り組める環境を整えたいうえでお申し込みください。

受講生は、日々の実習記録を作成しますので、自施設の所属長又はリーダー等の確認押印が必要です。

### 3. 全日程への出席について

本研修へは全日程出席することを踏まえたうえでお申し込みください。

### 4. 申込書の記入方法について

提出に際し、下記について特に多く不備が見られます。すべてにおいて必要項目となっておりますので、記入漏れがないようご確認のうえ提出ください。

○現職名

○高齢者介護実務経験年数          など

※同施設より複数名の受講希望がある場合、希望順位を記入するようお願いいたします。記載がない場合、選考をこちらで判断いたします。