様式６

小規模多機能型サービス等計画作成担当者研修受講申込確認書

この確認書は、受講申込前に受講希望者及び受講希望者の上司の方（開設者・前任の計画作成担当者等）に研修の趣旨を理解していただき、それを確認するためのものです。以下、１から３は受講希望者の方が、４から５は受講希望者の上司の方が確認し、必ず全ての項目に記入して、受講申込書と一緒に提出してください。

◆　１から３は受講希望者の方が記入してください。　　氏　名

１　研修の目的

　　この研修は、「小規模多機能型居宅介護事業所等の計画作成担当者または計画作成担当者になることが予定されている者」が対象で、利用者及び事業の特性を踏まえた事業計画を作成するために必要な知識・技術の習得を目的としています。

→　研修の目的について理解しましたか。（　はい　・　いいえ　）

２　この研修で学びたいこと、身につけたいことを記載してください。

|  |
| --- |
|  |

　＊この研修は、認知症介護実践者研修を修了した者が対象ですので、認知症介護に関する実践的な知識及び技術を習得していることを前提に実施されます。

３　以下の注意点を熟読し、受講希望者本人が「はい」または「いいえ」に「〇」を記して回答してください。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| ① | 今回受講頂く研修はオンライン開催となっていますが、オンライン利用環境は整っていますか。 | はい | いいえ |
| ② | 基本的なパソコン操作（★）が出来ますか。  （★）基本的なパソコン操作とは、資料のダウンロードや印刷、メールの送受信、Word・Excel・PowerPointを使用した資料作成等のことです。 | はい | いいえ |
| ③ | ②で「いいえ」と回答した場合、基本的なパソコン操作について、自事  業所等でサポートを受けることができますか。  ※研修に関係のない基本的なパソコン操作等に関するお尋ねについては、対応出来兼ねます。各事業所等で御対応ください。 | はい | いいえ |
| ④ | 本研修の受講にあたり、事前に接続テスト（映像や音声の確認等）への参  加を希望しますか。  ※オンライン操作に不安がある方向けに行うもので、参加は任意です。 | はい | いいえ |
| ⑤ | 研修資料について、研修日前日までに、受講申込書（様式５）の「２　受講希望者について」枠内に記載のメールアドレスに送付します。  研修の資料を確実に受領できるメールアドレスを記載していますか。 | はい | いいえ |
| ⑥ | 受講中は研修指導者の指示に従っていただきますようお願いします。 | はい | いいえ |
| ⑦ | 受講中はカメラをオンにして参加してください。 | はい | いいえ |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| ⑧ | 研修態度が好ましくない場合（居眠り、携帯電話の使用、研修に関係ない行為等）や無断で離席される場合等には、受講を取り消すか、または修了を認めない場合があります。 | はい | いいえ |
| ⑨ | 受講者側の原因によるシステムのトラブルや接続不具合等により受講ができなかった場合は修了を認めない場合があります。 | はい | いいえ |
| ⑩ | 同じ場所に複数の受講者がいる場合は、ハウリングを起こす可能性がありますので、ご注意ください。 | はい | いいえ |
| ⑪ | グループワーク等の際、周囲の音声をマイクが拾いますので、必ずイヤフォンマイクを使用してください。 | はい | いいえ |
| ⑫ | 講座の録音・録画・撮影は禁止いたします。 | はい | いいえ |
| ⑬ | 修了証書は、全カリキュラム（全日程）を修了した方に後日郵送いたします。 | はい | いいえ |

---------------------------------------------------------------------------------------

◆　４から５は受講希望者の上司の方（開設者・前任の計画作成担当者等）が記入してください。

職名　　　　　　　　　　氏　　名

４　この研修は、「小規模多機能型居宅介護事業所等の計画作成担当者または計画作成担当者になることが予定されている者」が対象で、利用者及び事業の特性を踏まえた事業計画を作成するために必要な知識・技術の習得を目的としています。

→　研修の目的について理解しましたか。（　はい　・　いいえ　）

５　この研修で学んでもらいたいこと、期待することを記載してください。

|  |
| --- |
|  |