

(別紙 3-1)

令和6年度認知症地域づくり人材育成事業
介護保険事業所と地域資源との連携推進研修会
開催要領

1 目的

あいちオレンジタウン推進計画（2024年3月策定）に基づき、介護保険事業所を利用している認知症の人の地域生活を支えていくことを目指し、主に通所系・施設系の介護保険事業所等と地域資源との連携を推進するための研修を開催する。

2 主催

愛知県、国立研究開発法人 国立長寿医療研究センター

3 対象者

介護保険事業所の管理者、介護支援専門員 等

4 開催日時・内容等

開催日時	令和6年11月29日（金） 午後1時00分～午後4時00分（受付 午後12時30分～）
定員	100名程度
会場	ウインクあいち（愛知県産業労働センター）9階 901会議室 〒450-0002 愛知県名古屋市中村区名駅4丁目4-38
内容	<p>【情報提供】 「愛知県の認知症施策について」 愛知県福祉局高齢福祉課地域包括ケア・認知症施策推進室 「共生社会の実現を推進するための認知症基本法と事業所の役割」 国立長寿医療研究センター 企画戦略局リサーチコーディネーター 進藤 由美 氏</p> <p>【事例紹介】 「デイサービスはっぴいの取組」 一般社団法人セカンド・ストーリー代表理事／ 高知家認知症希望大使 山中 しのぶ 氏 「グループホームたなおの取組」 株式会社夢と希望の華 代表取締役 グループホームたなお 愛知県認知症介護指導者 井上 卓 氏</p> <p>【グループワーク、全体ディスカッション】</p>

令和6年度 愛知県 介護保険事業所と地域資源との連携推進研修会 申込書

【注意事項】
 ・事業所ごとに申し込みをされる場合など、所属先や住所が同じ場合でも、個々のセルに入力（コピーペースト）してください。理由：縦向きにデータの都合、申し込みがエラーとなります。
 ・過去に愛知県研修会の受講歴のある方で、お名前が重複した場合は備考欄にてお知らせください。研修受講歴を合体系たいします。

氏名	お名前	フリガナ		所属先			所属先連絡先		所属先情報（当てはまるものを全てに「1」（半角）を入力してください）											研修期間		その他、研修場への連絡事項をお知らせください。		
		姓	名	フリガナ	法人名 (市町村単位の場合は市町村名)	事業所名 (市町村単位の場合は所属部署名)	職名	所属先住所 〒 市町村名	所属先住所 〒 市町村名	電話番号 (市角)	E-mail	代表者氏名	代表者職名	代表者住所 (市角)	代表者E-mail	研修開始年 (西暦：半角)	研修開始月 (西暦：半角)	研修終了年 (西暦：半角)	研修終了月 (西暦：半角)					
記入例①	田中 太郎	田中	太郎	田中太郎	独立行政法人 独立行政法人	独立行政法人 独立行政法人	主任	〒100-0001 東京都千代田区千代田	〒100-0001 東京都千代田区千代田	03-1234-5678	example@ai-ken.jp	田中太郎	主任	〒100-0001 東京都千代田区千代田	03-1234-5678	2020	4	2023	10	研修期間	10	研修場	研修場	
1																								
2																								
3																								
4																								
5																								
6																								
7																								
8																								
9																								
10																								

申込書が必要な事業所様は、介護保険係までお知らせください。
 (この申込書を E-mailにて ai-ken@cgg.go.jp へ送付。)