別　記

１　推薦人員

　（１）県からの推薦者　３名（予定）

　（２）介護保険事業所長からの推薦者　認知症介護研究・研修大府センターが認めた人員

２　必要書類等

　（１）必要書類

　　・受講申込書（別紙様式１）

　　　※「認知症介護に関する研修の受講歴」欄には、認知症介護実践リーダー研修（旧専門課程を含む。）の受講歴を必ず記載のこと。

　　・認知症介護指導者養成研修に係る推薦書（代表者印を押印すること。）（別紙様式２）

　　・受講者考査のための実践事例報告に関する提出書類（別紙様式３）

　　・認知症介護実践リーダー研修（旧専門課程を含む。）の修了証書の写し

　　・同意書（別紙）（内容の趣旨を理解の上、押印すること。）

　　※県推薦者については、上記書類を御提出いただいた後、書類選考にて決定します。

※市町村（広域連合）御担当者様におかれましては、上記必要書類の取りまとめに加え、別紙「受講申込者一覧」を作成いただき、期限までに提出してください。

　（２）受講確定

　　　関係市町村等及び受講決定者の所属長宛て通知します。

３　費用負担

1. 県からの推薦者（３名）

受講料２３０，０００円については、県が負担します。ただし、その他の費用については、受講者負担とします。

1. 介護保険事業所長からの推薦者

受講料及びその他の費用については、受講者負担とします。

４　提出期限

　　　本県においては、県からの推薦者３名を選定する必要があるため、第１回、第２回及び第３回研修とも、県推薦者選考に参加希望の場合は**令和２年４月８日（水）（必着）**としますので、御注意ください。

介護保険事業所長推薦者の第２回、第３回申込み希望者については、**令和２年６月５日（金）（必着）**とします。

５　その他

（１）この研修を受講した者は、今後、愛知県認知症介護研修の講師等として活動していただきます。

（２）受講した者の所属する施設に対して、次年度に愛知県認知症介護研修を委託する場合がありま

すので、御承知おきください。

（３）県推薦者選考の結果、県推薦とならなかった場合でも自費での受講を希望する場合は、別紙「受講申込者一覧」の「県推薦者とならなかった場合（受講料自費負担）の受講希望の有無」の欄に○を記入してください。

（４）当該研修については、地域医療介護総合確保基金事業（介護従事者確保分）のうち、介護福祉士資格取得支援事業の対象となっており、研修を受講する際に代替職員を新たに雇用した場合の人件費について補助を受けることができますので、介護施設等に研修受講者の募集に併せて周知していただきますようお願いいたします。

【参考】令和元年度愛知県地域医療介護総合確保基金事業（介護従事者確保分）の交付申請手続きについて（https://www.pref.aichi.jp/soshiki/chiikifukushi/kikinnjigyo.html）

※ホームページ記載内容は令和元年度のものになりますのであくまでも参考としてください。該当箇所はホームページ中「４　介護福祉士資格取得支援事業費補助金」になります。当該補助事業については愛知県地域福祉課福祉人材確保グループ（電話：052－954－6814）までお問い合わせください。

（５）県からの推薦者の募集及び地域医療介護総合確保基金事業（介護従事者確保分）介護福祉士資

格取得支援事業の案内は、令和２年度の予算の成立を前提に行っています。予算不成立の場合は

別途御連絡します。