

指導者の部屋♪ル～ルル♪

【日時】令和8年2月21日（土）14:00～16:00

～講師～

大阪市認知症介護指導者

池田 尚史 氏 草部 真美 氏 坂本 明美 氏 松原 宏樹 氏

【第1部】認知症介護指導者による座談会

実践リーダー研修や実践者研修で講師をしている『大阪市認知症介護指導者』。お話いただくテーマは受講者の皆さんへの事前アンケート結果で決定します！指導者の皆さんの認知症ケアへの思いや、人材育成、今までの失敗談などをお聴きして、これから認知症ケア実践について皆で考えてみませんか？実践リーダー研修や実践者研修の時には聞けなかった話が聞けるかも…？

【第2部】分科会

各指導者に分かれて分科会を行います。

その指導者さんならではのお話を聞いてみましょう！

気になることを質問してみたり、踏み込んだお話を聞けるかも…？



◎会 場 大阪市社会福祉研修・情報センター 5階大会議室

◎受 講 料 無料

◎対 象 者

- ・認知症介護実践リーダー研修修了者
- ・認知症介護実践者研修修了者
- ・上記研修修了者と同じ事業所で働く職員（研修未受講者も可）

◎定 員 40名（先着順）

◎申込方法 FAX またはホームページよりお申込みください。

◎申込締切 令和8年1月26日（月）午後5時まで

◎受講決定 申込締切後、2月上旬に申込時にご記入いただいたメールアドレスにて受講の案内をお送りいたします。

※通知が届かない場合は、2月16日（月）までにご連絡ください。

◎主 催 大阪市社会福祉研修・情報センター

大阪市認知症介護実践リーダー研修修了者フォローアップ研修企画メンバー

研修終了後には
懇親会も開催予定！
詳細は裏面へ👉

令和7年度 第2回(通算第26回)認知症介護実践リーダー研修修了者フォローアップ研修 受講申込書

※1事業所から複数名でお申込みの場合は申込者Aに代表者のお名前をご記入ください。

氏名	ふりがな	研修の受講状況 ※①～③から選択してください。①実践 リーダー研修修了(修了期もご記入ください) ②実践者研修修了 ③未受講	職種 ※介護職・ケアマネジャー等	懇親会参加 ※○をつけてください
申込者A				出・欠
申込者B				出・欠
申込者C				出・欠
申込者D				出・欠

法人名		事業所名	
電話番号		FAX番号	

↓こちらのメールアドレスあてに受講決定通知をお送りします。必ずご記入ください。↓

メールアドレス	※1(イチ)とl(エル)、O(オー)と0(ゼロ)等、間違いを防ぐためにフリガナをご記入ください。
---------	--

事前アンケート	指導者に聞いてみたい項目を以下から選び、右の枠に記入してください。(複数選択可) ①指導者になって良かったこと、苦労したこと ②指導者の活動について ③指導者になるまでの道のりときっかけ ④認知症ケア実践について ⑤人材育成・チームケア・マネジメント ⑥今までの失敗談 ⑦モチベーションUPの方法やセルフケア ⑧実践リーダー・実践者へのエール ⑨その他()	左の数字から 選んでください
---------	--	-------------------

備考	※車いす使用の方、拡大文字資料、手話通訳等が必要な方はその旨をご記入ください。
----	---

↓ここから下は②実践リーダー研修修了者のみご記入ください↓

今後の企画会議や 研修案内の送付について	※上記のメールアドレスあてにお送りします。 <input type="checkbox"/> 希望する <input type="checkbox"/> 希望しない あてはまる方の□に☑してください
-------------------------	---

★提供していただきました個人情報につきましては、名簿の作成、資料の送付等、研修事業の運営のためのみに使用し、他の目的で使用したり第三者へ提供することはありません。

✿ 懇親会について ✿

研修終了後に懇親会を開催します♪

◆時間 18:00 から開始

◆会費 当日に研修受付で集金

懇親会のみ参加希望の方は上記申込書を
記入のうえ、備考欄にその旨記載してください。

【お問い合わせ・お申込み先】

大阪市社会福祉研修・情報センター

企画研修担当 寺西・原見

〒557-0024

大阪市西成区出城2-5-20

電話番号:06-4392-8201

FAX番号:06-4392-8272

メールアドレス:kensyu@shakyo-osaka.jp