【参考様式1】

訪問型サービスタイプ２従事者の資格要件における一定の研修　実施記録

事業所名

修了者名

研修実施日：令和　　年　　月　　日～令和　　年　　月　　日

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 研修内容 | 実施日・時間数 | 講師名 | 講師資格 |
| ⑴介護保険制度 | 　　月　　日　　　　時間 |  |  |
| ⑵介護における尊厳の保持 | 　　月　　日　　　　時間 |  |  |
| ⑶介護の基本 | 　　月　　日　　　　時間 |  |  |
| ⑷コミュニケーションの手法、訪問マナー | 　　月　　日　　　　時間 |  |  |
| ⑸高齢者の特徴 | 　　月　　日　　　　時間 |  |  |
| ⑹認知症の理解 | 　　月　　日　　　　時間 |  |  |
| ⑺生活支援技術 | 　　月　　日　　　　時間 |  |  |
| ⑻緊急対応（困った時の対応） | 　　月　　日　　　　時間 |  |  |
| 同行演習 | 　　月　　日～　月　　日　　　　時間 |  |  |

※１　研修内容（1）～（7）について外部機関へ講師を依頼した場合は、講師名欄に実施機関名を併せて記載する。

※２　研修内容（1）～（7）の全部または一部について、外部機関が実施する研修を適用した場合は、講師名欄に実施機関名及び研修名を記載し、当該研修の修了証等の写しを添付する。この場合、該当する研修内容についての実施日・時間数、講師資格欄の記載は不要。

研修修了証発行日：令和　　年　　月　　日

作成者（職名）