

認知症 VR 体験研修

対象者：県内の介護事業所に勤務する介護職員

※ 受講申し込みを下記の通り受け付けます

開催日	会場	定員	受講料
11/17 (火) 12:50- 14:40	特別養護老人ホーム明風園 第1研修室	32名 (会場受入 上限数)	無 料

※定員に達し次第、申し込み受け付けを締め切ります ※研修時間は予定です

研修内容

認知症の中核症状をVR体験することで、認知症と共に生きる人への理解を深める。

【カリキュラム】(一部変更の場合もあります)

株式会社シルバーウッドのオリジナルカリキュラム

- ①導入
- ②視空間失認
- ③見当識障害
- ④幻視(レビー小体型認知症)
- ⑤ディスカッション(若しくは丹野智文物語)

受講の申し込み

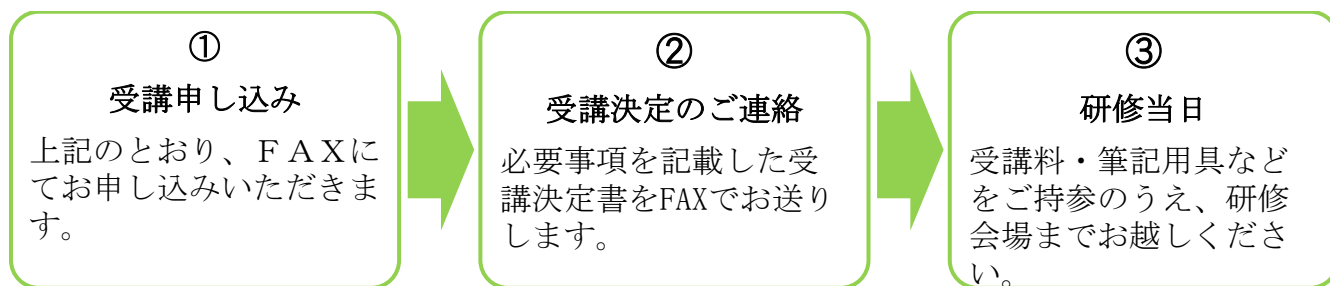
F A X 0 2 7 - 2 6 4 - 3 5 2 2

受講申込書にご記入の上、FAXにてお送りください。

送る前に、もう一度お確かめください

お名前・FAX番号は、正しく記入してありますか？ 記入もれはありませんか？

申し込みから受講までの流れ



- * 受講希望者が定員を超えた場合、受講できない場合もございます。ご了承ください。
- * 受講決定後に辞退する場合には、必ずご連絡ください。
- * 受講決定の連絡が届かない場合には、ご連絡ください(申込書が届いていない可能性があります)

お問い合わせ

社会福祉法人群馬県社会福祉事業団 研修指導センター

〒371-0004 前橋市亀泉町1-26

T E L 027-269-7780

F A X 027-264-3522

FAX 送信先	群馬県社会福祉事業団研修指導センター 担当：吉沢宛
FAX 番号	027-264-3522

※この研修は、県内の介護事業所に勤務する介護職員向けの研修です。

様式 1

群馬県地域医療介護総合確保基金事業費補助事業 認知症 VR 体験研修 受講申込書

研修名	認知症 VR 体験研修 (令和2年度) 11/17(火) 12:50~14:40		
フリガナ		性別	年齢
氏名	<small>領収証・修了証に記載されますので、楷書で正確にご記入下さい</small>		男・女
勤務先	電話番号 — —		
住所	〒 — —	勤務先 ・ 自宅 (どちらかに○)	
電話番号	— —		日中連絡が取れる番号を ご記入下さい
FAX 番号	— —		受講決定の連絡に使用しま すので、必ずご記入下さい

申込者情報	該当するところに○を付けて下さい
従事経験年数	6ヶ月未満 6ヶ月～1年 1～3年 3～5年 5年以上
所有資格 (該当する全てに○)	無し 介護福祉士 社会福祉士 介護支援専門員 看護師 介護職員初任者研修 (ヘルパー2級) ヘルパー1級 介護職員基礎研修 介護職員実務者研修 その他()
勤務先種別	特養 老健 GH 小規模多機能型 看護小規模多機能型 訪問介護 認知症デイ デイサービス 通所リハ 居宅介護支援 病院 有料老人ホーム その他()

※申し込み時に記入していただいた個人情報は、本研修以外では使用致しません。

※FAXを送信する前に、再度、申込内容のご確認をお願いします。鏡文は不要です。

必要事項に不備がある場合、受理できない場合がございます。

※受講決定通知は、開催日の概ね2週間前に、上記ご記入のFAX番号に送信します。

受講日1週間前までに、受講決定通知が届かない場合にはご連絡ください。

注) 本年度より、敷地内禁煙となりました。