

7 高福第 1 4 7 9 号
令和 7 年 8 月 2 8 日

各 市 町 村 長
(名古屋市及び広域連合構成市町村除く)
知 多 北 部 広 域 連 合 長 殿
東 三 河 広 域 連 合 長

愛 知 県 福 祉 局 長

令和 7 年度愛知県認知症対応型サービス事業管理者研修の受講者募集について（通知）

このことについて、別添の募集案内のとおり開催します。

つきましては、募集案内の 2（1）に掲げる受講対象者について、下記のとおり、貴市町村（保険者）管内における関係事業所分を取りまとめの上、「受講申込者一覧」、「受講申込書」及び「推薦書」を高齢福祉課へ提出してください。

なお、管内の関係事業所への周知については 遺漏のないようお願いします。

また、該当者がいない場合は、その旨をメールにより必ず報告してください。

記

1 提出期限

令和 7 年 9 月 2 9 日（月）【必着】

2 その他（留意事項）

- (1) 別紙様式（受講申込者一覧）は、選考結果通知や修了証書等の作成に使用しますので、記入誤りや漏れのないよう十分確認の上、受講申込書等とは別に電子データをメールで期日までに送信すること。
なお、送信の際のファイル名は、「市町村コード（5 桁）＋市町村名＋管理者研修」とすること。（例：23202 岡崎市管理者研修）
- (2) 受講申込時に、認知症介護実践研修における実践者研修を受講中の者であって、管理者研修開催日までに修了予定の者がいる場合は、研修日当日の開始時刻までに修了証書の確認ができた場合に受講を許可しますので、該当者には十分説明をすること。
- (3) 推薦書は、地域密着型サービスの新規開設を予定する事業所からの開設申請内容等を十分精査の上、受講することが適当と市町村（保険者）長が認める場合、又は地域密着型サービス事業所の指定基準上、真に受講が必要な場合に、受講申込書に添えて提出すること。（申込者が定員を超過した場合の選考は、推薦書の有る者を優先）
- (4) その他、特段の配慮が必要な場合は、受講申込書の備考欄（市町村担当者欄）に記入してください。

担 当 高齢福祉課介護保険指導第二グループ（尾関）
電 話 0 5 2－9 5 4－6 8 6 1（ダイヤルイン）
メー ル korei@pref.aichi.lg.jp