

## 令和4年度 認知症サポート医養成研修受講に当たってのお知らせ

### 1 開催形式

eラーニングシステムとZoomを利用したオンライン形式となります。

eラーニングサイトで講義を視聴し、学習理解度テストを受けていただきます。テストに合格した受講者を対象にZoomを利用したライブでのグループワークを実施いたします。

### 2 開催日程

eラーニングシステム:受講決定通知を受け取られましたら、自分の参加されるグループワーク開催日の3日前までに受講修了してください。

グループワーク:下記日時のとおりです。

- |     |                            |
|-----|----------------------------|
| 第5回 | 令和4年10月15日(土)              |
|     | ①10時～12時 ②14時～16時 ③17時～19時 |
| 第6回 | 令和4年11月19日(土)              |
|     | ①10時～12時 ②14時～16時 ③17時～19時 |
| 第7回 | 令和4年12月17日(土)              |
|     | ①10時～12時 ②14時～16時 ③17時～19時 |
| 第8回 | 令和5年1月21日(土)               |
|     | ①10時～12時 ②14時～16時 ③17時～19時 |
| 第9回 | 令和5年2月18日(土)               |
|     | ①10時～12時 ②14時～16時 ③17時～19時 |

※グループワークについては1日3回枠を設けており、受講申込書にて第二希望まで希望時間帯を登録いただきますが、1日あたり147名の定員(各時間帯につき49名×3回)を設定しておりますので、ご希望に添えないこともあります。ご了承ください。

### 3 受講方法

受講者の決定後、eラーニングシステム受講について記載された案内を、各都道府県市を通して受講者に送付いたします。案内が届きましたら、指示に従い、講義編の受講を開始してください。

グループワークについての案内は、グループワーク実施日の概ね1週間前までに受講者の方のメールアドレスに送付いたします。グループワークの案内が届きました受講者は、指示に従い、グループワークを受講してください。

eラーニングシステムの使用方法等、不明な点がございましたら下記事務局まで連絡願います。

※なお、グループワーク開催日の3日前までに講義編(eラーニング)を受講修了されなかった場合は、グループワークの受講はできませんのでご注意ください。

### 4 必要な機器・環境

eラーニングシステムおよびオンライン(Zoom)研修でご利用できる機器のバージョンと、必要な機器・環境等は以下のとおりです。

#### ◆ eラーニングシステム

以下のいずれかのブラウザがインストールされている環境

- Chrome(最新版)
- Microsoft Edge Chromium(最新版)
- Safari(最新版)

※ スマートフォン、タブレット端末でも視聴できますが、推奨環境外ですので注意願います。

#### ◆オンライン(Zoom)研修

下記の機器・環境等については、事前に使用可能な状態であることをお試してください。

- パソコン・・・安定した通信環境でインターネットに接続できるパソコン
- 事前にZoomアプリ(無料)をインストールしてください。

- ・音声出力・・・講師の声を聴くために使用  
(イヤホン/パソコン内蔵や付属スピーカー/ヘッドセット/マイクスピーカーなど)
- ・音声入力・・・受講者同士の演習での話し合いなどで使用  
(パソコン内蔵や付属スピーカー/ヘッドセット/マイクスピーカーなど)

- ・カメラ・・・受講者同士の演習での話し合いなどで使用  
(パソコン内蔵や付属のカメラ/USB接続のWebカメラなど)
- ・インターネット回線・・・通信の安定性のため有線接続を推奨します。Wi-Fiでも安定していれば可能。

## 5 資料について

テキスト等研修に係る資料は、受講決定後、申込書に記載された住所に発送いたします。

## 6 受講料

受講料は、50,000円(消費税込み)です。

受講料については、グループワークまで修了された方に、後日当センター事務局より請求書を発行郵送いたしますので、銀行振込にてお支払いをお願いいたします。請求書については受講申込書に記載いただいた請求書送付先にお送りいたします。  
受講料の負担者がわからない場合は、都道府県市の担当者にお問い合わせ願います。

## 7 修了証書

グループワークまで修了された方に後日郵送によりお送りいたします。

なお、1課程でも未履修の場合修了証書を交付することができませんので、承知おきください。

## 8 研修に関する留意事項等

- ・申し込み後、受講確定後にお知らせするeラーニングシステム及びZoomのURL等は厳重に管理してください。他人に知らせたり、外部に公開したりすることは止めてください。
- ・受講者は、研修の映像・音声を録画・録音等するなどして複製、外部への公開や二次利用などの行為は禁止します。
- ・グループワークではパソコンは1人1台準備してください。複数人で1台のパソコンを共有しての受講は出来ません。
- ・グループワークでのZoomの使用や操作については、各自で対応をお願いいたします。可能な範囲で情報提供に努めますが、当日のグループワークの直前や開催中は、対応できない場合があります。
- ・グループワークにおいて受講者氏名、ビデオ画像は講師及び事務局、他の受講者に共有されますのでご了承ください。
- ・グループワークのセッションの一部を録画させていただきます。参加確認の意味もありますのでグループワーク中はビデオオンにてお願いします。録画内容は個人が特定できる形で公開されたり、他者に提供されたりすることはありません。

## 9 事務局連絡先

国立研究開発法人国立長寿医療研究センター  
長寿医療研修センター 鈴木  
TEL:0562-46-2311(内線2705)

## 認知症サポート医養成研修受講申込書

**【都道府県・指定都市担当者記入欄】**

所在地	〒		
連絡先	電話番号	:	FAX
	E-mail	:	
担当部局			担当者名

**【受講者記入欄】**

ふりがな 希望者氏名				性別
生年月日	年	月	日	歳
職場住所 (テキスト・修了証書の送付先)	〒			
職場名				
診療科(所属)	:		職名	:
連絡先	電話番号	:	FAX	:
	E-mail(グループワークの案内の連絡先) :			
	緊急連絡先電話番号(グループワーク当日に連絡が取れるもの) :			
医師免許	医籍番号	第	号	
	登録年月日		平成	年
研修に対する希望				
希望する日程	第一希望	第	回	10時～12時
	第二希望	第	回	10時～12時
希望する日程			14時～16時	17時～19時
			14時～16時	17時～19時
受講料の負担	都道府県市	医師会	所属先	個人
請求書送付先	郵便番号	:		
	住所	:		
	所属	:		
	役職	:		
	氏名	:		
	連絡先 TEL	:		
	E-mail	:		
請求書宛先(債務者)	:			

# グループワーク参加までの流れ

研修1か月前

① 参加希望日を選び、申込する



② モーニングへの登録、テキスト、CD-R、DVDを受け取る



③ モーニングを開始し、テストを合格する



④ (Zoom)招待メールを受信する



⑤ 事前接続テストを実施する



⑥ グループワークに参加する

研修当日

※研修当日の2週間前になっても何も連絡がない場合、お申込みした機関へお問い合わせください。