

2021年度〔第 回〕認知症介護実践研修（実践者研修）受講申込書

※受講希望回を必ず記入

兵庫県社会福祉事業団 総合リハビリテーションセンター
福祉のまちづくり研究所長 様

申込日

年

月

日

受講方法(オンライン・集合)を選択できる研修回のみ記入

※選択できない研修回の記入は無効

受講希望

オンライン・集合・どちらでも可

代表者・申込責任者・申込事務担当者

※申込責任者は、原則として申込者の勤務する法人の所属長

会社・病院等 法人名					代表者印
代表者	役職			氏名	印
部署・施設・事業所名					
申込責任者 (現所属長等)	役職			氏名	所属長印
事務担当※	所属 役職等			氏名	印
連絡先	TEL (日中)	— —		FAX	

※申込内容の確認等事務連絡がある時、所属長が直接ご対応頂く場合に限り事務担当欄は省略可

下記職員について、本研修の受講を申込みます。

申込者（受講希望者）

※申込責任者と申込者が同一人物は不可

※記入漏れ等の不備がある場合、選考の優先順位が
下がる又は受講不可となる等の不利益が生じる場合があります。
>『認知症介護研修の留意事項』2項 参照

ふりがな	(姓) (名)		性別	生年月日		年齢	申込者本人印
氏名			男 女	昭和 平成	年 月 日生	歳	印
現 勤務先	施設・事業所名			職 名 ※必ず記入			
※申込時点で の所属先情報 を記入 受講時と変わる 場合は要連絡 ※ご自宅の住所 及び連絡先の 記載は不要 ※メールアドレス 研修IDや資料等の 送付に使用します (後日変更不可) 【職名記入例】 管理者・計画 作成担当者・ コーディネーター・ 介護職員等	所在地	〒		都 道 市 府 県 町			
	連絡先	TEL	— —		FAX	— —	
	メールアドレス ※必ず記入	@					
	サービス種別	該当する主なものを下から1つ選び番号を右に記入して下さい（その他の場合はサービス種別名を記載） ① 特別養護老人ホーム ⑥ 通所介護事業所 ② 介護老人保健施設 ⑦ 居宅介護支援事業所 ③ 認知症対応型共同生活介護事業所 ⑧ 看護小規模多機能型居宅介護事業所 ④ 小規模多機能型居宅介護事業所 ⑨ 特定施設入居者生活介護事業所（介護付有料老人ホーム等） ⑤ 認知症対応型通所介護事業所 ⑩ その他 サービス種別名（⑩その他の場合のみ）					
取得資格	該当するものを下から選び番号を右に記入して下さい ※複数回答可（その他の場合は資格名を記載） ① 医師 ② 看護師・准看護師 ③ 社会福祉士 ④ 介護福祉士 ⑤ 介護員養成研修修了者 ⑥ 介護支援専門員 ⑦ その他 ※ 介護員養成研修は訪問介護員養成研修1級及び2級課程・介護職員基礎研修・介護職員初任者研修・実務者研修の総称 資格名（⑦その他の場合のみ）						取得資格番号
認 実 知 務 症 経 介 験 護 ※	勤務先等の名称	所在地市町名	職種	実務経験従事（見込）期間		従事年月数	
		市 町		平成 令和	年 月 ～ 年 月	年 月	
		市 町		平成 令和	年 月 ～ 年 月	年 月	
		市 町		平成 令和	年 月 ～ 年 月	年 月	
※認知症介護実務経験は、過去に勤務した施設・事業所の実務経験年数も含め、 直近2年以上の経験をご記載ください（受講希望研修1日目の前月末時点）				認知症介護実務経験年月数		※上記経験以外も含む総年月数（必ず記入）	
						年 月	

受 講 希 望 の 理 由	該当するものを下から選び番号を右に記入して下さい ※複数回答可				受講希望番号
	① 知識・技術の向上 ② 管理者に従事予定 ③ 計画作成担当者に従事予定 ④ 認知症加算等申請				理由番号
	※Ⅰ及びⅡのいずれか1つの枠に内容を記入して下さい				
	Ⅰ 新規 開設	開設予定日		理由理由を下記より1つ選び番号を右に記入して下さい（その他は理由を記載）	
	Ⅱ 既設での 変更 (予定)	従事(予定)日		① 前任者の退職 ② 前任者の異動 ③ その他	
従事理由内容(③その他の場合のみ)					
Ⅰ・Ⅱ 共通	従事(予定) 事業所名	所在地市町名		サービス種別番号	
従事(予定)事業所 サービス種別		該当するものを下から1つ選び番号を右に記入して下さい A 認知症対応型共同生活介護 B 小規模多機能型居宅介護 C 看護小規模多機能型居宅介護 D 認知症対応型通所介護			

研修センター 記入欄 ※記入しないで ください	
----------------------------------	--

※代表者印欄・所属長印欄・申込者本人印欄 共に要押印