様式２－①　手書用

2021度〔第　　回〕認知症介護実践研修（実践リーダー研修）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
受講希望	オンライン ・集合 ・ どちらでも可

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

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。

※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

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**

ふりがな			性別	生年月日	年齢	申込者本人印
氏　名	(姓)	(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	所在地	〒　―	都道府県	市町		
※ご自宅の住所及び連絡先の記載は不要	連絡先	TEL　―　―	FAX	―　―		
※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）	メールアドレス ※必ず記入	@	※研修中、このメールを使用することがあります。間違いの無いよう正確に記入してください。			
【職名記入例】管理者・計画作成担当者・ﾕﾆｯﾄﾘｰﾀﾞｰ・介護職員等	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				サービス種別番号
		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※　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・実務者研修の総称とします	取得資格番号
	資格名（⑦その他の場合のみ）	

認知症介護実務経験※	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 ～ 平成 令和　年　月	年　ヶ月
		市町		平成 令和　年　月 ～ 平成 令和　年　月	年　ヶ月
		市町		平成 令和　年　月 ～ 平成 令和　年　月	年　ヶ月

※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5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　ヶ月

認知症介護実践研修（実践者研修）修了日	年　月　日

※修了証書の写しを添付

受講の希望理由	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 ① 認知症介護の知識・技術の向上　② 認知症対応型共同生活介護における短期利用のための要件 ③ 認知症専門ケア加算等の加算申請のため　④ 認知症介護指導者養成研修受講希望	受講希望番号

※受講希望の理由に②を選択する場合、必ず市町からの推薦状を添付
（推薦状の添付が無い場合は②は除いてください）

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