

2022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。

※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 昭 和 平 成 女	年	月	日生	歳 印				
現勤務先 ※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・ ユニットリーダー・ 介護職員等	施設・事業所名	所在地		職名 ※必ず記入	サービス種別番号						
	〒	都	道	府	県	市	町				
	連絡先	TEL	FAX		※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。						
	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 ② 介護老人保健施設 ③ 認知症対応型共同生活介護事業所 ④ 小規模多機能型居宅介護事業所 ⑤ 認知症対応型通所介護事業所 ⑥ 通所介護事業所 ⑦ 居宅介護支援事業所 ⑧ 看護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) ⑩ その他					サービス種別番号 主な1つを記入					
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					取得資格番号					
認 実 知 務 症 経 験 介 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	～ 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		ヶ月			

認知症介護実践 研修あるいは同 等の能力を有す る証明	提出する修了証等を下から選び番号を右に記入して下さい ※いずれか1つのみを選び、写しを提出 ① 認知症介護基礎研修 ② 看護師・准看護師 ③ 介護福祉士 ④ 介護支援専門員 ⑤ 実務者研修修了者 ⑥ 介護職員初任者研修修了者 ⑦ 生活援助従事者研修修了者 ⑧ 介護職員基礎研修課程 ⑨ 訪問介護員養成研修1・2級課程修了者 ⑩ 社会福祉士 ⑪ 医師 ⑫ 歯科医師 ⑬ 薬剤師 ⑭ 理学療法士 ⑮ 作業療法士 ⑯ 言語聴覚士 ⑰ 精神保健福祉士 ⑱ 管理栄養士・栄養士 ⑲ あん摩マッサージ師 ⑳ はり師・きゅう師	取得資格番号 1つのみで可
--------------------------------------	--	------------------

※選んだ資格の修了証等の写しを必ず添付してください。該当する資格等がなければ受講できません。

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 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			受講希望番号		
	※Ⅰ及びⅡのいずれか1つの枠に内容を記入して下さい			※理由に②③を含む場合のみ、市町からの推薦状の添付が必要		
	Ⅰ 新規 開設	開設予定日	年		月	日
	Ⅱ 既設で の変更 (予定)	従事(予定)日	年	月	日	従事する理由を下から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) ① 前任者の退職 ② 前任者の異動 ③ その他
Ⅰ・Ⅱ 共通	従事(予定) 事業所名	所在地市町名		市 町		
	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		サービス種別番号		

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