

2022年度〔第 1 回〕認知症介護実践研修（実践者研修）受講申込書

記入例

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 2022 年 5 月 1 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	社会福祉法人〇〇〇福祉会				代表者印
代表者	役職	理事長	氏名	日本 一郎	理事長 印等
部署・施設・事業所名	介護サービス事業部				
申込責任者 (現所属長等)	役職	施設長	氏名	兵庫 花子	所属長印
事務担当※	所属 役職等	総務課 課長	氏名	福祉 はじめ	所属長 印等
連絡先	TEL (日中)	078 - 0123 - 4567	FAX	078 - 0123 - 5678	

※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	けんしゅう	たろう	性別	生年月日		年齢	申込者本人印
氏 名	(姓) 研修	(名) 太郎	男 昭和 女 平成	50	年 1 月 1 日生	47 歳	申込者 本人印
現 勤務先	施設・事業所名	小規模多機能型事業所△△△△△△		職 名	介護職員		
※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・ エッセイター・ 介護職員等	所在地	〒 6 7 3 - 9 9 9 9 兵庫		都 道 県	〇〇〇 市 町		
	連絡先	TEL	078 - 0123 - 8888		FAX	078 - 0123 - 9999	
	メールアドレス	△△△△△@〇〇〇.jp					
	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）					サービス種別番号
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	④ ⑥
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	
	小規模多機能型事業所 △△△△△△△△	〇〇〇 市 町	介護職員	平成 令和	27 年 4 月 ~ 平成 令和 4 年 5 月	7 年 2 ヶ月	
	グループホーム 〇〇の家	×× 市 町	介護職員	平成 令和	26 年 10 月 ~ 平成 令和 27 年 3 月	0 年 6 ヶ月	
	特別養護老人ホーム □□□の郷	×× 市 町	介護職員	平成 令和	21 年 4 月 ~ 平成 令和 26 年 3 月	5 年 0 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	16 年 10 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	④ 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	① ②
	※Ⅱ・Ⅲを 選択した 場合のみ 右に記入	※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	2021 年 10 月 1 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）	理由番号	
		従事理由内容(③その他の場合のみ)	① 前任者の退職 ② 前任者の異動 ③ その他 ②			
I・II 共通	従事(予定) 事業所名	グループホーム〇〇の家	所在地市町名	×× 市 町	サービス種別番号	A
	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