様式２－①　手書用

2022年度〔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・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	所在地	〒　　―		都道府県	市町		
	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 ※正確に記入**	@					
【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）					

※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。

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