

令和8年度 認知症介護実践研修（実践者研修）受講申込書

兵庫県社会福祉事業団 西播磨総合リハビリテーションセンター
研修交流センター所長 様

申込日	令和 8 年 6 月 1 日
-----	----------------

代表者・申込責任者

法人名	社会福祉法人〇〇〇福祉会			
代表者	役職	理事長	氏名	日本 一郎
申込責任者 (所属長等)	役職	施設長	氏名	兵庫 花子
	施設名・事業所名	特別養護老人ホーム〇〇〇〇園	TEL	078-0123-4567
	FAX	078-0123-5678	メールアドレス	△△△△△@〇〇〇.jp

下記の者について、令和8年度の認知症介護実践研修（実践者研修）の受講を申し込みます。
つきましては、課題作成のための自職場における実習を承諾します。

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

氏名	けんしゅう 研修	たろう 太郎	性別	男	昭和 60 年 1 月 1 日生	年齢	41 歳
現勤務先 (申込時点)	施設・事業所名	デイサービスセンター〇〇〇〇園		職名	介護職員		
	勤務先の所在地	〒673-9999 兵庫県〇〇市△△町×丁目×番×号					
	勤務先の連絡先	TEL	078-0123-8888		FAX	078-0123-9999	
	メールアドレス	〇〇〇@〇〇〇.jp <small>資料・案内等の送付に使用します。データ受信可能なアドレスを記入すること</small>					
	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（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 居宅介護支援事業所 ② 介護老人保健施設 ⑦ 特定施設（有料老人ホーム等） ③ 認知症対応型共同生活介護事業所 ⑧ 訪問介護事業所 ④ 小規模多機能型居宅介護事業所（看護含む） ⑨ 訪問看護事業所 ⑤ 通所介護事業所（認知症対応型含む） 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 ⑤ 主な1つを記入
保有資格	該当するものを下から選び番号を右に記入して下さい。（その他の場合は、保有資格を記入） ① 認知症介護基礎研修 ② 介護福祉士 ③ 社会福祉士 ④ 介護支援専門員 ⑤ 介護員養成研修 ⑥ 理学療法士 ⑦ 作業療法士 ⑧ 看護師（准） ⑨ 栄養士（管理） ⑩ 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 ※ 上記のうち、いずれか1つの保有資格を確認できる書類（免許証・修了証書等）の写しを添付すること 資格名（⑩その他の場合のみ）					取得資格番号 ②、④	
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	
	デイサービスセンター〇〇〇〇園	〇〇市	介護職員	平成 27 年 4 月 ~ 令和 8 年 6 月	11 年 3 ヶ月		
	グループホーム〇〇の家	××市	介護職員	平成 26 年 10 月 ~ 令和 27 年 3 月	年 6 ヶ月		
	特別養護老人ホーム△△△の郷	××市	介護職員	平成 21 年 4 月 ~ 令和 26 年 3 月	5 年 々月		
※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（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）		18 年 9 ヶ月

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 ① 知識・技術の向上 ② 管理者に従事予定 ③ 計画作成担当に従事予定 ④ 認知症加算等申請				受講希望番号	①、②
	※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	従事(予定)日 令和 8 年 10 月 1 日		理由番号	②
	Ⅱ 既設での変更(予定)	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		
	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	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				