

2020年度

認知症介護実践研修（実践者研修）受講申込書 様式1-① 入力用

※受講希望回を必ず記入

社会福祉法人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 所長様

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

申込日

年

月

日

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 □①集合型 □②オンライン型 □③どちらでも可  
の受講を申込みます

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

※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

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 女 平成	年	月	日生	歳
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  ※メールアドレス ②オンライン型 ③どちらでも可 を選んだ方のみご 記入ください。 【職名記入例】 管理者・計画 作成担当者・ コーディネーター・ 介護職員等	所在地	〒		都 道 府 県		市 町	
	連絡先	TEL	— —		FAX	— —	
	メールアドレス※						
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						
資格名（⑦その他の場合のみ）							
認実 知務 症経 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	
		市 町	平成 令和	年 月	～ 平成 令和	年 月	
		市 町	平成 令和	年 月	～ 平成 令和	年 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		年 月	
				※上記経験以外も含む総年月数（必ず記入）		年 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				受講希望番号
	① 知識・技術の向上 ② 管理者に從事予定 ③ 計画作成担当者に從事予定 ④ 認知症加算等申請				
	※Ⅰ及びⅡのいずれか1つの枠に内容を記入して下さい				
	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		
	従事理由内容（③その他の場合のみ）	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（その他の理由は記載）			理由番号
	Ⅰ 従事（予定）事業所名	所在地市町名		市 町	
	Ⅱ 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 特別養護老人ホーム B 介護老人保健施設 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

※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

※代表者印欄 所属長印欄 申込者本人印欄 共に要押印