

## 令和6(2024)年度 認知症介護実践研修(実践者研修) 受講申込書(第 回)

年 月 日

(申込者)所在地

法人・事業所等名称

代表者職・氏名

電話番号

※網掛け箇所は該当するものに○

※上記が受講決定通知の送付先となります。

フリガナ		生年月日	昭和・平成	年	月	日		
氏名		役職名						
勤務先	法人名	職務の内容						
	名称	資格	1	介護福祉士	5	訪問介護員1級		
	所在地		2	社会福祉士	6	訪問介護員2級		
	電話番号		3	看護師	7	介護支援専門員		
	FAX番号		4	准看護師	8	社会福祉主事任用資格		
	9		その他( )					
従事するサービスの種類	1	介護老人福祉施設	7	通所介護	13	小規模多機能型居宅介護		
	2	介護老人保健施設	8	通所リハビリテーション	14	居宅介護支援		
	3	介護療養型医療施設	9	短期入所生活介護	15	複合型サービス		
	4	訪問介護	10	特定施設入所者生活介護	16	その他( )		
	5	訪問看護	11	認知症対応型共同生活介護				
	6	訪問リハビリテーション	12	認知症対応型通所介護				
受講目的	地域密着型サービス事業所の指定基準関係	事業所の種類	1	認知症対応型共同生活介護事業所	3	複合型サービス事業所		
			2	小規模多機能型居宅介護事業所	4	認知症対応型通所介護事業所		
			5	その他( )				
			1	事業所の新設	開設予定年月日: 年 月 日			
					ア	管理者に就任		
			イ	計画作成担当者に就任				
	2	管理者の変更	変更予定年月日: 年 月 日					
			変更理由:					
	3	計画作成担当者の変更	変更予定年月日: 年 月 日					
			変更理由:					
4	管理者又は計画作成担当者の予備者							
その他(目的を具体的に)	5							
認知症関係の研修受講履歴	研修の名称				受講修了年月日			
	【必須】認知症介護基礎研修(開催要領の受講対象者に定める「同等以上の能力を有する者」に該当しない者)				年 月 日			
身体介護等に係る実務経験	勤務先	職務内容		勤務期間				
				年 月～ 年 月				
				( 年 か月間)				
				年 月～ 年 月				
			( 年 か月間)					
実務経験合計(研修開始日現在)				年 か月間				
過去の申込状況(直近のものから順に記入)		実践者研修で学びたいこと(受講者本人が自書すること)						
年度 月 日 第 回								
年度 月 日 第 回								
事業所内優先順位: 人申込み中 位		事業所内の本研修修了者数		人(旧基礎課程を含む)				
上記内容のとおり相違ありません。申し込みを希望します。 受講者氏名: _____								

※ 受講者氏名については、必ず本人が自署してください。