

令和7(2025)年度 認知症介護実践研修(実践リーダー研修) 受講申込書(第〇回)

〇〇年 〇〇月 〇〇日

記入例

(申込者)  
所在地 〒〇〇〇-〇〇〇〇  
法人名 社会福祉法人〇〇会  
事業所等の名称 特別養護老人ホーム△△  
代表者職・氏名 施設長 施設 長子  
電話番号 〇〇〇-〇〇〇-〇〇〇〇  
メールアドレス 〇〇〇@〇〇.ne.jp

※ 上記が受講決定通知の送付先となります。

|                                                      |                                                |                                                           |                                                     |                                            |              |
|------------------------------------------------------|------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------|--------------------------------------------|--------------|
| 受講者情報                                                | (フリガナ)                                         |                                                           | シセツ ナガミ                                             |                                            |              |
|                                                      | 氏名                                             |                                                           | 施設 長美                                               |                                            |              |
|                                                      | 生年月日                                           |                                                           | 昭和/平成 〇〇年 〇〇月 〇〇日                                   |                                            |              |
|                                                      | 勤務先<br>(新設事業所の場合は<br>予定を記入)                    | 法人名                                                       | 社会福祉法人〇〇会                                           |                                            |              |
|                                                      |                                                | 事業所名                                                      | 特別養護老人ホーム△△                                         |                                            |              |
|                                                      |                                                | 所在地                                                       | 〒 〇〇〇-〇〇〇〇<br>宇都宮市〇〇〇〇〇                             |                                            |              |
|                                                      |                                                | 電話番号                                                      | 〇〇〇-〇〇〇-〇〇〇〇                                        |                                            |              |
|                                                      |                                                | 携帯番号                                                      | 〇〇〇-〇〇〇〇-〇〇〇〇                                       |                                            |              |
|                                                      |                                                | FAX番号                                                     | 〇〇〇-〇〇〇-〇〇〇〇                                        |                                            |              |
|                                                      |                                                | メールアドレス                                                   | 〇〇@〇〇.ne.jp ※ 大文字・小文字の区別、ハイフン(-)、アンダーバー(_)などを正確に記入。 |                                            |              |
|                                                      | 役職名                                            |                                                           | 〇〇〇〇〇 ※ 管理者、介護主任、ユニットリーダーなど                         |                                            |              |
|                                                      | 職務の内容                                          |                                                           | 〇〇〇〇〇 ※ 介護職、生活相談員、看護職など                             |                                            |              |
|                                                      | 従事する<br>サービスの種類<br>(該当するものに○)<br><br>複数選択可     | ①                                                         | 介護老人福祉施設                                            | 10                                         | 特定施設入所者生活介護  |
|                                                      |                                                | 2                                                         | 介護老人保健施設                                            | 11                                         | 認知症対応型共同生活介護 |
|                                                      |                                                | 3                                                         | 介護医療院                                               | 12                                         | 認知症対応型通所介護   |
| 4                                                    |                                                | 訪問介護                                                      | 13                                                  | 小規模多機能型居宅介護                                |              |
| 5                                                    |                                                | 訪問看護                                                      | 14                                                  | 居宅介護支援                                     |              |
| 6                                                    |                                                | 訪問リハビリテーション                                               | 15                                                  | 複合型サービス                                    |              |
| 7                                                    |                                                | 通所介護                                                      | 16                                                  | その他<br>( )                                 |              |
| 8                                                    |                                                | 通所リハビリテーション                                               |                                                     |                                            |              |
| 9                                                    |                                                | 短期入所生活介護                                                  |                                                     |                                            |              |
| 資格<br><br>複数選択可                                      | ①                                              | 介護福祉士 ※取得年月日: 〇〇年 〇〇月 〇〇日<br>※取得日から研修初日までの実務経験( 〇〇年 〇〇か月) | 6                                                   | 介護職員初任者研修(旧訪問介護員2級)                        |              |
|                                                      | 2                                              | 社会福祉士                                                     | 7                                                   | 介護支援専門員                                    |              |
|                                                      | 3                                              | 看護師                                                       | 8                                                   | 社会福祉主事任用資格                                 |              |
|                                                      | 4                                              | 准看護師                                                      | 9                                                   | その他<br>( )                                 |              |
|                                                      | 5                                              | 介護福祉士実務者研修(旧訪問介護員1級)                                      |                                                     |                                            |              |
| 認知症介護実践研修(旧基礎<br>過程を含む)の受講履歴                         | 研修の名称                                          |                                                           | 受講修了年月日                                             |                                            |              |
|                                                      | 認知症介護実践者研修                                     |                                                           | 令和3年 8月 8日<br>年 月 日                                 |                                            |              |
| 身体介護等に係る<br>実務経験<br>※直近の勤務先を記載                       | 勤務先                                            | 職務内容                                                      | 勤務期間                                                |                                            |              |
|                                                      | 〇〇〇ホーム                                         | 介護職                                                       | 平成23年10月～ 令和3年11月(10年2か月間)                          |                                            |              |
|                                                      | 〇〇〇荘                                           | 介護職兼管理者                                                   | 令和3年12月～研修初日 (4年〇か月間)<br>年 月 ～ 年 月( 年 か月間)          |                                            |              |
| 研修初日時点の合計実務経験 ※全ての介護実務年数を記載                          |                                                |                                                           | 14年 〇か月間                                            |                                            |              |
| 受講目的                                                 | 過去の申込状況<br>( 2回)                               | 申込年度<br>(直近)                                              |                                                     | 令和5年度 第1回<br>令和6年度 第1回                     |              |
|                                                      | 指定関係<br><br>複数選択可                              | ①                                                         | 地域密着型サービス事業所の指定基準関係                                 | ア 短期利用の開始( 〇〇年〇〇月〇〇日)<br>イ 人員配置の変更( 年 月 日) |              |
|                                                      |                                                | ②                                                         | 認知症専門ケア加算                                           | ウ 予備者                                      |              |
|                                                      | 加算関係                                           | ③                                                         | 認知症チームケア推進加算                                        | エ 新たに加算を取得するため                             |              |
|                                                      |                                                | ④                                                         | その他( )                                              | オ 人員配置の変更( 年 月 日)                          |              |
|                                                      | ⑤                                              | 内 容( )                                                    | ウ 予備者                                               |                                            |              |
|                                                      | 実践者研修の成果等<br>(受講者自書)<br>※受講済の方のみ記載             |                                                           | 空欄不可、具体的に記入すること。                                    |                                            |              |
|                                                      | 実践リーダー研修で得たいこと<br>(受講者自書)                      |                                                           |                                                     |                                            |              |
|                                                      | 事業所内優先順位                                       |                                                           | 3人 申込中 1位                                           | 事業所内の本研修修了者数 1人                            |              |
|                                                      | 上記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: 施設 長美 (受講者自署) |                                                           |                                                     |                                            |              |
| 上記内容を確認し、研修の受講を許可します。 事業所等(法人)代表者職・氏名: 施設 長子 (代表者自署) |                                                |                                                           |                                                     |                                            |              |

・網掛け箇所は該当する数字に○を記載してください。申込書の内容を施設等の代表者が必ず確認し、提出してください。  
・定員超過の場合は本申込書に基づき受講者の選考行いますので、申込書の各記入欄は漏れなく記載してください。  
また、受講要件となる資格取得等の年月日や実務経験年数等についても正確かつ漏れなく記入してください。