

別紙 1

年 月 日

栃木県保健福祉部高齢対策課長 様

所在地 〒

法人名

代表者名

電話番号

印

令和 8 (2026) 年度認知症介護指導者養成研修の受講申込みについて

令和 8 (2026) 年度認知症介護指導者養成研修について、下記のとおり申し込みます。

記

- 1 受講希望者氏名 _____

- 2 受講希望者の認知症介護実践研修受講歴
 - (1) 認知症介護実践者研修 (旧基礎課程を含む) _____ 年度 第 _____ 回
 - (2) 認知症介護実践リーダー研修 (旧専門課程を含む) _____ 年度 第 _____ 回

- 3 提出書類
 - (1) 受講者募集要項に定める書類
 - ア 別紙様式 1 認知症介護指導者養成研修受講申込書
 - イ 別紙様式 3 受講者選抜考査のための実践事例報告に関する提出書類
 - ウ 認知症介護実践リーダー研修修了書の写し
 - (2) 栃木県で定める書類
 - 別紙 2 同意書