

令和8(2026)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 回)

年 月 日

(申込者)
 所在地 〒
 法人名
 事業所等の名称
 代表者職・氏名
 電話番号
 メールアドレス

※ 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)					
	氏名					
	生年月日		昭和・平成	年	月	日
	勤務先 (新設事業所の場合は 予定を記入)	法人名				
		事業所名				
		所在地	〒			
		電話番号	-	-		
		携帯番号				
		FAX番号	-	-		
	メールアドレス					
	役職名					
	職務の内容					
	従事するサービスの種類 (該当するものに○)	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 ()		
8		通所リハビリテーション				
9		短期入所生活介護				
資格	1	介護福祉士 ※取得年月日: 年 月 日 ※取得日から研修初日までの実務経験(年 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 ()		
	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(旧基礎過程を含む)の受講履歴		研修の名称		受講修了年月日		
				年 月 日		
				年 月 日		
身体介護等に係る実務経験 ※直近の勤務先を記載	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)			
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				年 か月間		
過去の申込状況 (回)	申込年度 (直近)		年度 第 回			
			年度 第 回			
受講目的	指定関係	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(年 月 日)	
				イ	人員配置の変更(年 月 日)	
				ウ	予備者	
	加算関係	2	認知症専門ケア加算	ア	新たに加算を取得するため	
		3	認知症チームケア推進加算	イ	人員配置の変更(年 月 日)	
その他	4	その他()	ウ	予備者		
その他	5	内 容()				
実践者研修の成果等 (受講者自書) ※受講済の方のみ記載						
実践リーダー研修で得たいこと (受講者自書)						
事業所内優先順位	人	申込中	位	事業所内の本研修修了者数	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: (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: (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。