

様式 1

認知症介護実践者研修の受講対象者は、身体介護に関する基本的知識・技術を習得しており、概ね実務経験 2 年程度以上、かつ、以下のいずれかの資格をお持ちの方です。いずれの資格要件に該当するかチェックの上、**該当資格証の写しを添付の上**、申し込んでください。

(保有資格全てにチェックを入れて下さい。ただし、資格証の添付は 1 資格で可)。

資格要件	<input type="checkbox"/> 認知症介護基礎研修修了者(平成 28 年度以降の研修に限る) <input type="checkbox"/> 看護師 <input type="checkbox"/> 准看護師
	<input type="checkbox"/> 介護福祉士 <input type="checkbox"/> 社会福祉士 <input type="checkbox"/> 精神保健福祉士 <input type="checkbox"/> 介護支援専門員 <input type="checkbox"/> 医師
	<input type="checkbox"/> 実務者研修修了者 <input type="checkbox"/> 介護職員初任者研修修了者 <input type="checkbox"/> 生活援助従事者研修修了者
	<input type="checkbox"/> 介護職員基礎研修課程修了者 <input type="checkbox"/> 歯科医師 <input type="checkbox"/> 薬剤師 <input type="checkbox"/> 理学療法士 <input type="checkbox"/> 栄養士
	<input type="checkbox"/> 作業療法士 <input type="checkbox"/> 言語聴覚士 <input type="checkbox"/> 訪問介護員養成研修 1 級課程・2 級課程修了者
	<input type="checkbox"/> 管理栄養士 <input type="checkbox"/> あん摩マッサージ師 <input type="checkbox"/> はり師 <input type="checkbox"/> きゅう師 <input type="checkbox"/> 柔道整復師

※資格要件について不明な点がありましたら、お問い合わせください。

令和 4 年度認知症介護実践者研修受講申込書

社会福祉法人群馬県社会福祉事業団

研修指導センター 所長 様

法人名 _____

施設(事業所)名 _____

施設(事業所)長名 _____

認知症介護実践者研修の受講について次のとおり申し込みます。

項目	内 容					
受講希望回	第 1 回	第 2 回	第 3 回	第 4 回	第 5 回	第 6 回
	※必ず申込期間を確認の上、受講を希望する回に○をつけてください。					
受講者	(フリガナ)			性別(任意)	生年 月日	昭和・平成 年 月 日
	氏 名					
受講者	介護現場職歴 (新しい順)	期 間	施設・事業所名			職務内容
		年 月～ 現在				
		年 月～ 年 月				
		年 月～ 年 月				
		年 月～ 年 月				
	介護の実務経験年数			年 月		

※申込書が 2 枚になっています。1 枚目と 2 枚目を両面印刷し提出してください。

※受講を希望する回の申込期間を確認の上、申し込んでください。受講希望回と申込期間が一致しないものは受理できません。

(表面)

