**令和７年度ぐんま認定介護福祉士養成研修 受講申込書**

記入日：令和　　　　年　　　　月　　　　日

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

私はぐんま認定介護福祉士養成研修を受講したいので、関係書類を添えて提出します。

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ＊写真糊貼付６ヶ月以内に撮影したもの（４×３㎝）写真の裏面には氏名を明記してください | フリガナ |  | 性別 | 任 意 | 生 年 月 日 |
| 氏名 | 印　　　　　　 | Ｓ ・ Ｈ　　　　　年　　　　月　　　　日生 |
| 自宅住所 | 〒□□□－□□□□〈緊急連絡先〉　　　　　　　－　　 　　　　－　　　　　　（　自宅　・　携帯 　※どちらかに○印） |
| 受講資格 | 項　　　　　目 | 添 付 書 類□介護福祉士登録証の写し□介護職員実務経験証明書（　　　　）通□各種研修修了証の写し（免除対象者のみ） |
| 介護職員としての実務経験年数 | 　　　 年　　　 　ヶ月 |
| 介護福祉士登録年月日　登録証の記載のとおり | H ・ R 年　 　 月　 　日 |
| ①受講科目（レポート課題）の一部免除を希望する方は、修了済研修欄の１～５の項目に**レ点**でチェックを入れてください。②免除を希望する科目は、受講免除希望科目欄のア～シの記号に○をつけて下さい。なお、免除希望の最大科目数は、６科目まで。　　※必ず、修了済研修の修了証書の写しを添付し提出すること。 |
| 修　了 済 研 修 | 受 講 免 除 希 望 科 目 | 時　間 |
| □ １　実践者研修（認知症介護実践者研修）（※平成18年度以降に受講したもの） | ア　認知症の病態理解とBPSD | 3.0 |
| イ　認知症の介護とその展開 | 5.0 |
| * ２　介護福祉士実習指導者講習会
 | ウ　介護現場における人材の育成について（講義） | 5.0 |
| * ３　ファーストステップ研修

　　　　（領域：個別ケア） | エ　介護における尊厳の保持 | 2.0 |
| オ　介護福祉士の専門性と職業倫理 | 3.0 |
| カ　自己覚知と他者理解 | 5.0 |
| キ　コミュニケーションと介護 | 5.0 |
| * ４　ファーストステップ研修

　　　　（領域：チームケア・連携） | ク　家族等との連携 | 4.0 |
| ケ　地域との連携 | 2.0 |
| コ　他職種との連携・チームアプローチ | 5.0 |
| * ５　ファーストステップ研修

　　　　（領域：チームの運営管理基礎） | サ　リスクマネジメント | 5.0 |
| シ　介護提供現場における課題とその解決 | 5.0 |
| ※受講免除希望科目数（最大６科目まで）　　　　　　　　　　　　　免除について（　　　　　　　　 　）科目を申請します |

※申請した免除科目は、受講とレポート課題が免除されます。ただし、「復習のため」など本人の希望があれば受講することができます。

**≪施設・事業所代表者記入欄≫** ※必ず、施設・事業所の代表者がご記入ください。押印は不要です。

|  |
| --- |
| 上記の者を、ぐんま認定介護福祉士養成研修受講者として推薦します。　　推薦事由：法人名：　　　　　　　　　 　　　 　　　　　　　　　　　　 　　　　　　 　 　施設名：　　　　　　　　　　　　　　 　 　　　　 　　　　　　　　　　　 　 　施設種別：　　　　　　　　　　　　　 　　　　　 　　　　　　　　　　　 　 　施設所在地：〒　　　　　　　　　 　　　　　　　 　　　　　　　　　　 　　　施設TEL：　　　　　　　　　　　 　 　FAX：　　 　　　　　　　　　　　　 　　　施設代表者職・氏名　　　　　　　 　　　　 　　　　　　　　　 　　　　　　　　 |

※受講申込書に必要事項を全て記入の上、施設・事業所を通して提出してください。

申し込み時に記入していただいた個人情報は、本研修事業でのみ使用いたします。