

令和4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 (4×3cm) 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	認定証及び表示板に記載するため、戸籍と同様の氏名				S・H	年
	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		
	介護職員としての実務経験年数	年	ヶ月	<input type="checkbox"/> 介護福祉士登録証の写し <input type="checkbox"/> 介護職員実務経験証明書()通 <input type="checkbox"/> 各種研修修了証の写し(免除対象者のみ)			
	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
<input type="checkbox"/> 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
<input type="checkbox"/> 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
<input type="checkbox"/> 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
<input type="checkbox"/> 4 ファーストステップ研修 (領域:チームケア・連携)				キ コミュニケーションと介護			5.0
				ク 家族等との連携			4.0
<input type="checkbox"/> 5 ファーストステップ研修 (領域:チームの運営管理基礎)				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
<input type="checkbox"/> 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)				()科目			
オンライン(Zoom)となった場合の受講用のメールアドレス 使用機器はパソコン <input type="checkbox"/> ・タブレット <input type="checkbox"/> ※どちらかにレ点でチェック							

※申請した免除科目は、研修開始後に希望があれば、受講できます(レポート課題は免除です)。

《施設・事業所代表者記入欄》 ※必ず、施設・事業所の代表者をご記入ください。

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:	
施設代表者職・氏名	FAX:

※受講申込書に必要な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。