

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して**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 <input type="checkbox"/> 歯科衛生士 <input type="checkbox"/> 福祉用具専門員
------	---

※資格要件について不明な点がございましたら、お問い合わせください。

**令和5年度認知症介護実践者研修受講申込書**

受託事業者の長 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込みます。

項目	内 容					
受講希望回	第1回	第2回	第3回 (オンライン)	第4回	第5回	第6回 (オンライン)
	※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)

	現在の職種	<input type="checkbox"/> 介護職 <input type="checkbox"/> 看護職 <input type="checkbox"/> 介護支援専門員 <input type="checkbox"/> 計画作成担当者 <input type="checkbox"/> 管理者 <input type="checkbox"/> 相談職 <input type="checkbox"/> その他 ( )		
	勤務先以外の緊急時連絡先	携帯 ・ 自宅 電話 :		
事業所	施設種別	<input type="checkbox"/> 特養 <input type="checkbox"/> 老健 <input type="checkbox"/> GH <input type="checkbox"/> 小規模多機能型 <input type="checkbox"/> 看護小規模多機能型 <input type="checkbox"/> 訪問介護 <input type="checkbox"/> 認知症デイ <input type="checkbox"/> デイサービス <input type="checkbox"/> 通所リハ <input type="checkbox"/> 居宅介護支援 <input type="checkbox"/> 病院 <input type="checkbox"/> 有料老人ホーム <input type="checkbox"/> その他 ( )		
	勤務先名			
	所在地	〒		
	連絡先	電話 : FAX :	申込み 担当者	
	異動先 事業所名 ※1			
	連絡先 ※2	電話 : FAX :	申込み 担当者	※3
受講理由等	<input type="checkbox"/> 下記の役職に従事する予定があるため（該当するものに○）。 ( ) 認知症対応型通所介護の管理者 ( ) 小規模多機能型居宅介護の管理者 ( ) 小規模多機能型居宅介護の介護支援専門員 ( ) 認知症対応型共同生活介護（GH）の管理者 ( ) 認知症対応型共同生活介護（GH）の計画作成担当者 ( ) 認知症対応型共同生活介護（GH）の短期利用の指定を受ける場合 ( ) 看護小規模多機能型居宅介護の管理者 ( ) 看護小規模多機能型居宅介護の介護支援専門員 ※ 上記に該当する方は必ず就任予定日を記入してください ※ 就任時期が未定の場合は、その旨備考欄に記入してください （就任予定： 令和      年      月      日） <input type="checkbox"/> その他			
備考				

※1 法人内異動に伴い、異動先の事業所において管理者、計画作成担当者等の役職に従事する予定がある方は記入してください。

※2 ※1と同様。

※3 実践者研修の申し込み等について問い合わせをする場合があります。その際、問い合わせ先を異動先に希望する場合のみ、異動先事業所の担当者の氏名を記入してください。

※各回申込期間以外の申込や必要事項に不備がある場合は受理できません。

（裏面）