

令和6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				S・H	年	月
	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、 <u>6科目</u> 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		
		キ	コミュニケーションと介護		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)	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		
<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)				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・事業所の代表者をご記入ください。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。
 申し込み時に記入していただいた個人情報、本研修事業でのみ使用いたします。