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 | □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) □看護師 □准看護師  □介護福祉士 □社会福祉士 □精神保健福祉士　□介護支援専門員 □医師  □実務者研修修了者　□介護職員初任者研修修了者 □生活援助従事者研修修了者  □介護職員基礎研修課程修了者　□歯科医師　□薬剤師　□理学療法士　□栄養士  □作業療法士　□言語聴覚士　□訪問介護員養成研修１級課程・２級課程修了者  □管理栄養士　　□あん摩マッサージ師　□はり師　□きゅう師　□柔道整復師  □歯科衛生士　□福祉用具専門員 |

※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６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。

※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)

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 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  (オンライン)  (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　　　　　ヶ月 | | | | | |
|  |  | |  | | | | | | | | |
|  | 現在の職種 | | □介護職　　□看護職　　□介護支援専門員　　□計画作成担当者  □管理者　　□相談職　 □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 | | □特養　　□老健　　□ＧＨ　　□小規模多機能型　　□看護小規模多機能型  □訪問介護　　□認知症デイ　 □デイサービス　 □通所リハ □居宅介護支援　□病院　　□有料老人ホーム　　□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 | □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）  □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)