

# 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 令和〇年 4月〇〇日

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

申込日を記入して  
下さい。

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。

	フリガナ	マエバシ ハナコ	性別	任意	生年月日	60年4月1日生
	氏名	前橋 花子			〒	〒
自宅住所	介護職員として経験した実務経験年数の合計を記入して下さい。 〒 番地 55 70 - 987 - 6543 (自宅・ <b>携帯</b> ※どちらかに〇)					
6ヶ月以内に撮影したもの(4×3cm)写真の裏面に、名前を書いて下さい。		項目	添付書類			
実務経験年数		7年1ヶ月	介護職員実務経験証明書			
日(登録簿に記載あります)		年月日	介護福祉士登録証の写し			
①受講科目(レポート課題)の一部免除を希望する者は、修了済研修欄の1~5の○印でチェックを入れてください。 ②免除を希望する科目は、受講免除希望科目のA~シの計6科目まで。免除希望の最大科目数は、6科目まで。 ※必ず、受講済研修の修了書の写しを添付すること。						
修了済研修		免除希望科目	時間			
<input checked="" 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)	<b>ア</b> 認知症の病態理解とBPSD <b>イ</b> 認知症の介護とその展開	3.0 5.0			
<input checked="" type="checkbox"/>	2 介護福祉士実習指導者講習会	<b>ウ</b> 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 オ 介護福祉士の専門性と職業倫理 カ 自己覚知と他者理解 キ コミュニケーションと介護	2.0 3.0 5.0 5.0			
<input type="checkbox"/>	4 ファーストステップ研修 (領域:チームの運営管理基礎)	ク 家族等との連携 ケ 地域との連携 コ 他職種との連携・チームアプローチ	4.0 2.0 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 シ 介護提供現場における課題とその解決	5.0 5.0			
※受講免除希望科目数(最大6科目まで)		免除について( 3 )科目を申請します				

《施設・事業所代表者記入欄》 ※必ず、施設代表者をご記入下さい。

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: ○〇花子さんは、………ため、推薦します。

施設・事業所長による推薦事由を、記載して下さい。

法人名: 社会福祉法人丸丸会  
 施設名: 特別養護老人ホーム鶴と亀  
 施設種別: 特別養護老人ホーム  
 施設所在地: 〒371-〇〇〇〇  
 施設 TEL: 027-△△-〇〇〇〇 FAX: 027-△△-〇〇〇〇  
 施設代表者職・氏名 施設長 伊勢 崎子

※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下さい。  
 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。