

令和 7 年度認知症対応型サービス事業管理者研修受講申込書

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

法人名

代表者名

認知症対応型サービス事業管理者研修の受講について次のとおり申し込みます。

項目	内 容				
受講 希望回	第 1 回 第 2 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	(ふりがな)		性別(任意)	生年	昭和・平成
	氏 名			月日	年 月 日
	実践者研修 修了状況	☐ 認知症介護実践者研修を修了している。 ・修了年月日：平成・令和 年 月 日 ・修了証書番号：群馬県 ・ 県外 第 号 注) 実践者研修の修了証書の写しを添付してください。 ☐ 認知症介護実践者研修の修了見込みである。 ・修了予定年月日：令和 年 月 日 (群馬県で受講 ・ 県外)			
	介護の実務経験年数		年 月		
	認知症介護の実務経験年数		年 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 ()			
	保有資格	☐ 介護福祉士 ☐ 介護支援専門員 ☐ 社会福祉主事 ☐ 看護師 ☐ 介護職員初任者研修 ☐ その他 ()			
勤務先以外の緊急時連絡先		携帯 ・ 自宅 電話：			

※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。

※申込期間以外の申込や必要事項に不備がある場合には受理できません。

