

北九州市長 様

申込者 〒800-0000

住所: 北九州市小倉北区〇〇一丁目△△-〇

法人名: 社会福祉法人 〇〇会

事業所名: 特別養護老人ホーム〇〇園

代表者名: 理事長 △△ 〇〇

電話番号: 093-〇〇〇-〇〇〇〇

担当者名: 戸畑 花子

代表者の職印を使用してください。
忘れずに担当者も記入してください。

印

令和 2 年度 第 期 認知症介護実践者研修受講申込書

※修了証書作成のため、氏名は楷書で、はっきりと記載してください。(「高」を「高」など略さないでください。)

フリガナ	ケンシュウ タロウ	生年 月日	<input checked="" type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 〇〇年△月□□日 <input type="checkbox"/> 西暦
受講希望者氏名	研修 太郎		
職種 (該当するもの全てにチェックしてください)	<input checked="" type="checkbox"/> 介護職員 <input type="checkbox"/> 管理者 <input type="checkbox"/> サービス提供責任者 <input type="checkbox"/> 代表者 <input type="checkbox"/> 生活相談員・支援相談員 <input type="checkbox"/> 計画作成担当者 <input type="checkbox"/> 介護支援専 <input type="checkbox"/> その他 ()		現在の職種に チェックしてくだ さい。
資格 (該当するもの全てにチェックしてください)	<input type="checkbox"/> 医師 <input type="checkbox"/> 看護師・准看護師 <input type="checkbox"/> 社会福祉士 <input checked="" type="checkbox"/> 介護福祉士 <input type="checkbox"/> 介護支援専門員 <input checked="" type="checkbox"/> 訪問介護員 (ヘルパー 2 級) <input type="checkbox"/> その他 ()		
サービス種別	<input checked="" type="checkbox"/> 介護老人福祉施設 <input type="checkbox"/> 介護老人保健施設 <input type="checkbox"/> 介護医療院 <input type="checkbox"/> 介護療養型医療施設 <input type="checkbox"/> 訪問介護 <input type="checkbox"/> 訪問看護 <input type="checkbox"/> 通所介護 <input type="checkbox"/> 地域密着型通所介護 <input type="checkbox"/> 居宅介 <input type="checkbox"/> 通所リハビリテーション <input type="checkbox"/> 短期入所生活介護 <input type="checkbox"/> 短期入所療養介護 <input type="checkbox"/> 特定施設入居者生活介護 <input type="checkbox"/> 認知症対応型通所介護 <input type="checkbox"/> 認知症対応型共 <input type="checkbox"/> 小規模多機能型居宅介護 <input type="checkbox"/> その他 ()		現在勤務してい るサービス種別に チェックしてくだ さい。
身体介護実務年数	5 年 1 ヶ月	※基準日: 令和 2 年 5 月 1 日	
うち認知症介護に関する介護実務年数	5 年 1 ヶ月	※事業所等に所属し、従事した通算年数を記入 ※裏面に従事履歴を記入 (現事業所も含む)	
<p>以下は、認知症対応型共同生活介護事業所等の管理()に就任の予定)している場合のみ記入してください。</p> <p><該当する項目の“□”に“レ”でチェックし、内容を記載してください。></p> <p>◆「認知症介護実践者研修受講に係る特別推薦」及び「変更届出書」の提出の有無: □提出済み □未提出</p> <p>◆就任状況: □就任 □就任予定 令和 年 月 日</p> <p>◆事業所の種別: □認知症対応型共同生活介護事業所 □認知症対応型通所介護事業所 □小規模多機能型居宅介護事業所 □看護小規模多機能型居宅介護事業所</p> <p>・事業所住所 _____</p> <p>・事業所名称 _____</p> <p>・開設(開設予定)年月日 _____ 年 月 日</p> <p>◆就任(予定)種別: □管理者 □計画作成担当者 □管理者兼計画作成担当者</p>			

裏面の「実務期間」の合計と一致するように記入してください。

裏面

受講希望者氏名 **研修 太郎**

從事履歴については、
正確に記入してください。

從事履歴（現事業所等も含む）			
所属事業所 （所在区）	從事期間	通算期間 （うち認知症介護期間）	職務内容
デイサービス ○○ （ <u> </u> 戸畑区 <u> </u> ）	2015 年 4 月～ 2016 年 3 月	1 年 0 ヶ月 （ 1 年 0 ヶ月 ）	介護職員
介護老人保健施設 △△ （ <u> </u> 中間市 <u> </u> ）	2016 年 4 月～ 2018 年 3 月	2 年 0 ヶ月 （ 2 年 0 ヶ月 ）	介護職員
（ <u> </u> <u> </u> <u> </u> ）	年 月～ 年 月	年 ヶ月 （ 年 ヶ月 ）	
（ <u> </u> <u> </u> <u> </u> ）	年 月～ 年 月	年 ヶ月 （ 年 ヶ月 ）	
特別養護老人ホーム○○園 （ <u> </u> 小倉北区 <u> </u> ）	2018 年 4 月～ <u>2020</u> 年 4 月	2 年 1 ヶ月 （ 2 年 1 ヶ月 ）	介護職員
身体介護実務期間の合計 （※育休期間等、実務に従事していない期間は除いてください）		5 年 1 ヶ月 （ 5 年 1 ヶ月 ）	

表面の「**実務年数**」の
合計と一致するように
記入してください。

本研修は、受講者の自施設における4週間の実習が必須となっています。

自施設実習が確実にられることを確認するため、下欄に管理者の署名をお願いします。

本研修の目的・内容を理解し、上記の受講希望者が自施設実習に取り組む際には、事業所として責任を持って、効果的な実習が行われるよう、参加・協力することを承諾します。

管理者名 **研修 賢太郎** （直筆署名をお願いします）

※実施要領における「8 自施設実習に関する留意事項」を必ずご確認ください。

認知症介護実践者研修受講希望理由 <受講の優先度を考慮するため必ずご記入ください>

※研修申込みに至った理由を必ず
記入してください。

※地域密着型サービス事業所の指定要件等（新規指定・減算）の理由により緊急で受講が必要な場合は、「特別推薦」の依頼をしてください。

「特別推薦」には、本受講申込書とは別に、「認知症介護実践者研修受講に係る特別推薦」の依頼書と「地域密着型サービス変更届」の提出手続きが必要です。

提出先

- ① 「研修受講申込書」 ⇒ 社会福祉研修所
- ② 「特別推薦依頼書」及び「変更届」 ⇒ 北九州市 保健福祉局 地域福祉部 介護保険課

上記に掲載された個人情報、本研修実施に関する目的以外での利用はいたしません。