

<記入例>

様式 1-2 号 (第 5 条関係)

(※裏面もあります)  
令和〇〇年△△月〇日

北九州市長 様

申込者 〒800-0000  
住所: 北九州市戸畑区〇〇一丁目△△一〇  
法人名: 社会福祉法人 △△会  
事業所名: 特別養護老人ホーム □□苑  
代表者名: 理事長 □□ 〇〇  
電話番号: 093-000-0000  
担当者名: 小倉 洋子

忘れずに担当者も記入してください。

令和 3 年度 認知症介護実践リーダー研修受講申込書

※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 エミコ	生年	<input checked="" type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 □□年 ○月△△日 <input type="checkbox"/> 西暦
受講希望者氏名	研修 恵美子	年月日	〇〇年 □月△△日
認知症介護実践者研修 (旧基礎課程) 修了年月日		〇〇年 □月△△日	
職種 ※該当するもの全てに チェックしてください	<input type="checkbox"/> 介護職員 <input checked="" type="checkbox"/> 管理者 <input type="checkbox"/> サービス提供責任者 <input type="checkbox"/> 計画作成担当者 <input type="checkbox"/> 介護支援専門員 <input type="checkbox"/> 生活相談員 <input type="checkbox"/> 代表者 <input type="checkbox"/> その他 ( )		
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 checked="" type="checkbox"/> 社会福祉士 <input checked="" type="checkbox"/> 介護福祉士 <input checked="" type="checkbox"/> 訪問介護員 (ヘルパー 2 級) <input checked="" type="checkbox"/> 介護支援専門員 <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"/> 介護老人保健施設 <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"/> 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"/> 認知症対応型通所介護 <input type="checkbox"/> 小規模多機能型居宅介護 <input type="checkbox"/> その他 ( )		
介護保険施設・事業所 等従事年数	13年 5ヶ月	※基準日: 令和 3年 9月 1日 ※介護保険施設・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)	

実践者研修の修了証書年月日記入してください。

現在の職種にチェックしてください。

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。

裏面の「従事期間」の合計と一致するように記入してください。

※認知症介護実践者研修 (旧基礎課程) 修了証書の写しを必ず添付してください。

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。

裏面

受講希望者氏名 研修 恵美子

従事履歴については、  
正確に記入してください。

介護保険施設・事業所等の従事履歴（現事業所等も含む）			
所属事業所 （所在区）	従事期間	通算期間	職務内容
（ ）	年 月～ 年 月	年 ヶ月	
デイサービス ○○ （ 小倉南区 ）	2008年4月～2010年3月	2年 0ヶ月	介護職員
グループホーム △△ （ 小倉南区 ）	2010年4月～2012年3月	2年 0ヶ月	介護職員
介護老人保健施設 ○○ （ 八幡東区 ）	2012年4月～2014年3月	2年 0ヶ月	介護職員・介護支 援専門員兼務
特別養護老人ホーム □□苑 （ 戸畑区 ）	2014年4月～2016年3月	2年 0ヶ月	介護支援専門員
特別養護老人ホーム □□苑 （ 戸畑区 ）	2016年4月～2021年8月	5年 5ヶ月	介護主任
介護保険施設・事業所等 <b>従事期間</b> 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）		13年 5ヶ月	

表面の「**従事年数**」の合  
計と一致するように記入して  
ください。

認知症介護実践リーダー研修受講希望理由 <受講の優先度を考慮するため必ず  
記入してください。>

※研修申込みに至った理由を必ず  
記入してください。

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