

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△△一〇  
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

忘れずに担当者も記入してください。

令和5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 <input type="checkbox"/> 西暦
受講希望者氏名	研修 太郎		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 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"/> 介護支援専門員 <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 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"/> 認知症対応型共同生活介護 <input type="checkbox"/> 小規模多機能型居宅介護 <input type="checkbox"/> その他 ( )		
認知症介護実践者研修の過去の受講歴	<input type="checkbox"/> あり <input checked="" type="checkbox"/> なし		
認知症介護実践者研修の過去の申込歴	<input checked="" type="checkbox"/> あり (令和5年度) <input type="checkbox"/> なし		
身体介護実務年数	5年 2ヶ月	※基準日：令和 5年 5月 1日	
うち認知症介護に関する介護実務年数	5年 2ヶ月	※事業所等に所属し、従事した通算年数を記載してください。 ※裏面に従事履歴を記入 (現事業所も含む)	
以下は、認知症対応型共同生活介護事業所等の管理業務に就任(予定)している場合のみ記入してください。 <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。> ◆「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： <input type="checkbox"/> 提出済み <input type="checkbox"/> 未提出 ◆就任状況： <input type="checkbox"/> 就任 <input type="checkbox"/> 就任予定 令和 年 月 日 ◆事業所の種別： <input type="checkbox"/> 認知症対応型共同生活介護事業所 <input type="checkbox"/> 認知症対応型通所介護事業所 <input type="checkbox"/> 小規模多機能型居宅介護事業所 <input type="checkbox"/> 看護小規模多機能型居宅介護事業所 ・事業所住所 _____ ・事業所名称 _____ ・開設(開設予定)年月日 年 月 日 ◆就任(予定)種別： <input type="checkbox"/> 管理者 <input type="checkbox"/> 計画作成担当者 <input type="checkbox"/> 管理者兼計画作成担当者			

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。

どちらかチェックしてください。

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                    

従事履歴については、  
正確に記入してください。

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 （うち認知症介護期間）	職務内容
デイサービス ○○ （戸畑区）	2018年4月～2019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 △△ （中間市）	2019年4月～2021年3月	2年0ヶ月 （2年0ヶ月）	介護職員
（                    ）	年 月～ 年 月	年 ヶ月 （ 年 ヶ月）	
（                    ）	年 月～ 年 月	年 ヶ月 （ 年 ヶ月）	
特別養護老人ホーム○○園 （小倉北区）	2021年4月～2023年5月	2年2ヶ月 （2年2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2ヶ月 （5年2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行わ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。