

<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5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	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"/> 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 6ヶ月	※基準日: 令和5年10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)	

現在の職種に
チェックしてくだ
さい。

実践者研
修の修了
証書年月
日記入し
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 ）	2009年4月～2011年3月	2年 0ヶ月	介護職員
グループホーム △△ （ 小倉南区 ）	2011年4月～2013年3月	2年 0ヶ月	介護職員
介護老人保健施設 ○○ （ 八幡東区 ）	2013年4月～2015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 ）	2015年4月～2017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 ）	2017年4月～2023年9月	5年 6ヶ月	介護主任
介護保険施設・事業所等 従事期間 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）		13年 6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。

※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、本研修実施に関する目的以外での利用はいたしません。