

北九州市長 様

申 込 者 様

書類送付先住所:

法 人 名:

事 業 所 名:

代 表 者 名:

電 話 番 号:

担 当 者 名:

令和6年度 第2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		生年 月 日	<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 年 月 日 <input type="checkbox"/> 西暦
受講希望者氏名			
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 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 type="checkbox"/> 介護福祉士 <input type="checkbox"/> 介護支援専門員 <input type="checkbox"/> 訪問介護員(ヘルパー 級) <input type="checkbox"/> その他 () <input type="checkbox"/> 無し		
サービス種別	<input 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"/> 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"/> 居宅介護支援 <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 type="checkbox"/> なし		
認知症介護実践者研修の過去の申込歴	<input type="checkbox"/> あり (年度) <input type="checkbox"/> なし		
身体介護実務年数	年 月	※基準日:令和6年9月1日	
うち認知症介護に関する介護実務年数	年 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)	
以下は、認知症対応型共同生活介護事業所等の管理者又は計画作成担当者に就任(又は就任の予定)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			

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 _____

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
（ ）	年 月～ 年 月	年 ヶ月 （ 年 ヶ月）	
（ ）	年 月～ 年 月	年 ヶ月 （ 年 ヶ月）	
（ ）	年 月～ 年 月	年 ヶ月 （ 年 ヶ月）	
（ ）	年 月～ 年 月	年 ヶ月 （ 年 ヶ月）	
（ ）	年 月～2024年 8月	年 ヶ月 （ 年 ヶ月）	
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）		年 ヶ月 （ 年 ヶ月）	

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 _____（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>

※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 長寿推進部 介護保険課

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。