

担 当 者 名：戸畑 花子

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 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～2025 年 4 月	4 年 1 ヶ月 （4 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）		7 年 1 ヶ月 （7 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 長寿推進部 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。