様式１－１号（第５条関係）　　＜記入例＞　　（※裏面もあります）

令和〇年△△月〇日

北九州市長　様

申 込 者　　〒８００－００００
書類送付先住所：北九州市小倉北区〇〇一丁目△―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

忘れずに担当者名も記入してください。

# 令和８年度 第〇期　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。（「髙」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 | ☑昭和<br>☐平成　〇〇年△月□□日<br>☐西暦 |
| 受講希望者氏名 | 研修　太郎 | | |
| 職種<br>（該当するもの全てにチェックしてください） | ☑ 介護職員　☐ 管理者　☐ サービス提供責任者　☐ 代表者<br>☐ 生活相談員・支援相談員　☐ 計画作成担当者　☐ 介護支<br>☐ その他（　　） | | |
| 資格<br>（該当するもの全てにチェックしてください） | ☐ 医師　☐ 看護師・准看護師　☐ 社会福祉士　☑ 介護福祉士<br>☐ 介護支援専門員　☑ 訪問介護員（ヘルパー　２級）<br>☐ その他（　　）　☐ 無し | | |
| サービス種別 | ☑ 介護老人福祉施設　☐ 介護老人保健施設　☐ 介護医療院<br>☐ 訪問介護　☐ 訪問看護　☐ 通所介護　☐ 地域密着型通所介護　☐ 居<br>☐ 通所リハビリテーション　☐ 短期入所生活介護　☐ 短期入所療養介護<br>☐ 特定施設入居者生活介護　☐ 認知症対応型通所介護　☐ 認知症対応型共<br>☐ 小規模多機能型居宅介護　☐ その他（　　） | | |
| 認知症介護実践者研修の過去の受講歴 | ☐ あり　☑ なし | | |
| 認知症介護実践者研修の過去の申込歴 | ☑ あり（　令和５　年度）　☐ なし | | |
| 身体介護実務年数 | ７年　１ヶ月 | ※基準日：令和８年４月１日<br>※事業所等に所属し、従事した通算年数を記<br>※裏面に従事履歴を記入（現事業所も含む） | |
| うち認知症介護に関する介護実務年数 | ７年　１ヶ月 | | |

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。

以下は、認知症対応型共同生活介護事業所等の管理者は就任の予定）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：
　□提出済み　　□未提出

◆就任状況：　□就任　□就任予定　令和　年　月　日

◆事業所の種別：　□認知症対応型共同生活介護事業所　□認知症対応型通所介護事業所
　□小規模多機能型居宅介護事業所　□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：　□管理者　□計画作成担当者　□管理者兼計画作成担当者

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。

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<br>（所在区） | 従事期間 | 通算期間<br>（うち認知症介護期間） | 職務内容 |
| デイサービス　〇〇<br>（　　戸畑区　　） | 2018 年４月～2019 年３月 | １年　０ヶ月<br>（ １年　０ヶ月） | 介護職員 |
| 介護老人保健施設　△△<br>（　　中間市　　） | 2019 年４月～2021 年３月 | ２年　０ヶ月<br>（ ２年　０ヶ月） | 介護職員 |
| （　　） | 年　月～　年　月 | 年　ヶ月<br>（　年　ヶ月） | |
| （　　） | 年　月～　年　月 | 年　ヶ月<br>（　年　ヶ月） | |
| 特別養護老人ホーム〇〇園<br>（　　小倉北区　　） | 2021 年４月～2025 年４月 | ４年　１ヶ月<br>（ ４年　１ヶ月） | 介護職員 |
| 身体介護実務期間の合計<br>（※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<br>（ 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 地域共生社会推進部 介護イノベーション推進室

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。