

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△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。（「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	〇〇年△月□□日
受講希望者氏名	研修 太郎			
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 <input type="checkbox"/> その他 ( )			現在の職種に チェックしてくだ さい。
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 ( ) <input type="checkbox"/> 無し			
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"/> 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 <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 <input type="checkbox"/> 小規模多機能型居宅介護 <input type="checkbox"/> その他 ( )			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。
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			どちらか チェックしてく ださい。
身体介護実務年数	7年 1ヶ月	※基準日：令和7年5月1日		
うち認知症介護に関する介護実務年数	7年 1ヶ月	※事業所等に所属し、従事した通算年数を記 ※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（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。

