

令和6(2024)年度 認知症介護実践研修(実践リーダー研修) 受講申込書

____年 ____月 ____日

(申込者)所在地

法人・事業所等名称

代表者職・氏名

電話番号

※網掛け箇所は該当するものに○

※ 上記が受講決定通知の送付先となります。

フリガナ				生年月日	昭和・平成	年	月	日
氏名				役職名				
勤務先	法人名	職務の内容		職務の内容				
	名称			資格	1	介護福祉士	5	訪問介護員1級
	所在地	〒			2	社会福祉士	6	訪問介護員2級
	電話番号	-			3	看護師	7	介護支援専門員
	FAX番号	-			4	准看護師	8	社会福祉主事任用資格
			9		その他()			
従事するサービスの種類	1	介護老人福祉施設	7	通所介護	13	小規模多機能型居宅介護		
	2	介護老人保健施設	8	通所リハビリテーション	14	居宅介護支援		
	3	介護療養型医療施設	9	短期入所生活介護	15	複合型サービス		
	4	訪問介護	10	特定施設入所者生活介護	16	その他()		
	5	訪問看護	11	認知症対応型共同生活介護				
	6	訪問リハビリテーション	12	認知症対応型通所介護				
受講目的	地域密着型サービス事業所の指定基準関係	1	指定認知症対応型共同生活介護事業所において短期利用共同生活介護を行うために必要な人員配置を満たすため	ア	短期利用の開始(年 月 日)			
	その他(目的を具体的に)	2		イ	人員配置の変更(年 月 日)			
認知症関係の研修受講履歴	研修の名称				受講修了年月日			
	【必須】 実践者研修 又は 実務者研修 (旧基礎課程)				年 月 日			
身体介護等に係る実務経験	勤務先	職務内容		勤務期間				
				年 月～	年 月			
				(年 か月間)				
				年 月～	年 月			
				(年 か月間)				
実務経験合計(研修開始日現在)				年 か月間				
過去の申込状況(直近のものから順に記入)	年度 月 日 第 回			事業所内優先順位: 人申込み中 位				
	年度 月 日 第 回			事業所内の本研修修了者数		人		
実践者研修の成果等(受講者本人が自書すること)				実践リーダー研修で得たいこと(受講者本人が自書すること)				
上記内容のとおり相違ありません。申し込みを希望します。 受講者氏名: _____								

※ 受講者氏名については、必ず本人が自署してください。