

# 令和4年度認知症介護実践研修（実践者研修）申込書

申込日 令和4年 月 日

法人名		事業所名	
代表者名	担当者名		印
所在地	〒		
	TEL	( )	FAX ( )
現勤務先	( ) 1. 小規模多機能型居宅介護（看護）	( ) 6. 介護医療院	
該当するところに ○をして下さい	( ) 2. 認知症対応型共同生活介護	( ) 7. 通所介護	
	( ) 3. 認知症対応型通所介護	( ) 8. 訪問介護	
	( ) 4. 介護老人福祉施設	( ) 9. 通所リハビリテーション	
	( ) 5. 介護老人保健施設	( ) 10. その他	
	※ 介護の事業所に勤務していない場合、課題作成のための実習を承諾した法人名を記入して下さい。		
法人名		責任者	印
所在地			
※ 下記のものについて、令和4年度の認知症介護実践研修（実践者研修）の受講を申し込みます。 つきましては、課題作成のための自施設における実習を承諾します。			

## 【受講申込者に関する記入欄】

≪同一事業所内優先順位 位≫

氏名	(ふりがな)		
生年月日	S・H 年 月 日生 ( 歳)	*氏名・生年月日は、修了証書に記載しますので正確に記入下さい	
役職	1. 管理者 2. 計画作成担当者 3. 介護員 ( ) 4. サービス提供責任者 5. 生活相談員 6. 栄養士 7. 機能訓練指導員 8. 介護支援専門員 9. その他 ( )		
保有資格	1. 介護福祉士 2. 社会福祉士 3. 訪問介護員 ( 級) 4. 看護師 (准) 5. 介護支援専門員 6. 栄養士 7. その他 ( ) ※ 認知症介護基礎研修受講有無 受講済 (修了年度 年度) ・ 未受講		
介護に 従事した 施設 ・ 経験年数	(施設名・事業所)	(経験年数)	年 月
			年 月
			年 月
			年 月
			年 月
			年 月
	(就業中の場合は、申込書記入月でお書き下さい)		介護に従事した経験の合計年数は、 年 月
受講希望コース (希望コースに○)	*第2希望まで記載お願いします (夏期コースが定員より多い場合冬期コースへの変更をお願いすることがあります) 第1希望：紀北 (夏期・冬期) コース / 第2希望：紀北 (夏期・冬期) コース		
受講申込の理由 (該当するものすべてに○)	1.事業所の人員基準を満たす必要があるため 2.事業所の研修受講者が3名未満のため 3.高齢者の権利擁護推進のため 4.事業所の認知症ケア向上のため 5.受講者自身の認知症ケアの向上のため 6.その他 ( )		
その他	令和4年度受講を希望する研修名 (申込は市町村へ) ( ) 認知症対応型サービス事業管理者研修 (勤務経験3年必要) ( ) 認知症対応型サービス事業開設者研修 (勤務経験必要) ( ) 小規模多機能型サービス等計画作成担当者研修 (介護支援専門員であること)		

本申込書に記載された内容につきましては、個人情報保護条例等の規定により適正な管理を行い、本研修の実施に関する業務以外には使用しません。