

2024年度

認知症介護実践研修（実践者研修）受講申込書

兵庫県社会福祉事業団 西播磨総合リハビリテーションセンター  
研修交流センター 所長 様

申込日	年	月	日
-----	---	---	---

代表者・申込責任者・申込事務担当者

※申込責任者は、原則として申込者の勤務する法人の所属長

会社・病院等 法人名					代表者印
代表者	役職		氏名		印
部署・施設・事業所名					
申込責任者 (現所属長等)	役職		氏名		所属長印
事務担当※	所属 役職等		氏名		印
連絡先	TEL (日中)	—	FAX	—	

※申込内容の確認等事務連絡がある時、所属長が直接ご対応頂く場合に限り事務担当欄は省略可

下記職員について、本研修の受講を申込みます。

※記入漏れ等の不備がある場合、選考の優先順位が  
下がる又は受講不可となる等の不利益が生じる場合があります。  
> 「認知症介護研修の留意事項」 2項 参照

申込者（受講希望者）

※申込責任者と申込者が同一人物は不可

ふりがな			性別	生年月日		年齢	申込者本人印
氏 名	(姓)	(名)	男 女	昭和 平成	年 月 日生	歳	印
現 勤務先	施設・事業所名				職 名 ※必ず記入		
※申込時点で の所属先情報 を記入 受講時と変わる 場合は要連絡  ※ご自宅の住所 及び連絡先の 記載は不要  ※メールアドレス 資料・案内 等の送付に使用 (後日変更不可)  【職名記入例】 管理者・計画 作成担当者・ エリダー・ 介護職員等	所在地	〒				都 道 府 県 市 町	
	連絡先	TEL	—	FAX	—	—	
	メールアドレス	※必ず記入 @					※研修中、このメールを使用することがあります。 間違いの無いよう正確に記入してください。
	サービス種別	該当する主なものを下から1つ選び番号を右に記入して下さい（その他の場合はサービス種別名を記載） ① 特別養護老人ホーム ② 介護老人保健施設 ③ 認知症対応型共同生活介護事業所 ④ 小規模多機能型居宅介護事業所 ⑤ 認知症対応型通所介護事業所 ⑥ 通所介護事業所 ⑦ 居宅介護支援事業所 ⑧ 看護小規模多機能型居宅介護事業所 ⑨ 特定施設入居者生活介護事業所（介護付有料老人ホーム等） ⑩ 訪問介護事業所 ⑪ その他 サービス種別名（⑪その他の場合のみ）					サービス種別番号 主な1つを記入
取得資格	該当するものを下から選び番号を右に記入して下さい ※複数回答可（その他の場合は資格名を記載） ① 医師 ② 看護師・准看護師 ③ 社会福祉士 ④ 介護福祉士 ⑤ 介護員養成研修修了者 ⑥ 介護支援専門員 ⑦ その他 ※ 介護員養成研修は訪問介護員養成研修1級及び2級課程・介護職員基礎研修・介護職員初任者研修・実務者研修の総称 資格名（⑦その他の場合のみ）					取得資格番号	
認実 知務 症経 験 護※	勤務先等の名称	所在地市町名	職種	実務経験従事（見込）期間		従事年月数	
		市 町	平成 令和	年 月 ～	平成 令和	年 月 年 ヶ月	
		市 町	平成 令和	年 月 ～	平成 令和	年 月 年 ヶ月	
		市 町	平成 令和	年 月 ～	平成 令和	年 月 年 ヶ月	
※認知症介護実務経験は、過去に勤務した施設・事業所の実務経験年数も含め、 直近2年以上の経験をご記載ください（受講希望研修1日目の前月末時点）				認知症介護実務経験年月数 ※上記経験以外も含む総年月数（必ず記入）		年 ヶ月	

認知症介護実践 研修あるいは同等の 能力を有する証明	提出する修了証等を下から選び番号を右に記入して下さい ※いずれか1つのみを選び、写しを提出 ①認知症介護基礎研修 ②看護士・准看護士 ③介護福祉士 ④介護支援専門員 ⑤実務者研修修了者 ⑥介護職員初任者研修修了者 ⑦生活援助従事者研修修了者 ⑧介護職員基礎研修課程 ⑨訪問介護員養成研修1・2級課程修了者 ⑩社会福祉士 ⑪医師 ⑫歯科医師 ⑬薬剤師 ⑭理学療法士 ⑮作業療法士 ⑯言語聴覚士 ⑰精神保健福祉士 ⑱管理栄養士・栄養士 ⑲あん摩マッサージ師 ⑳はり師・きゅう師	取得資格番号 1つのみで可
----------------------------------	--	------------------

※選んだ資格の修了証等の写しを必ず添付してください。該当する資格等がなければ受講できません。

受講希望の理由	該当するものを下から選び番号を右に記入して下さい ※複数回答可 ① 知識・技術の向上 ② 管理者に就任予定 ③ 計画作成担当者に就任予定 ④ 認知症加算等申請				受講希望番号
	※Ⅰ及びⅡのいずれか1つの枠に内容を記入して下さい				
	Ⅰ 新規 開設	開設予定日 年 月 日	※理由に②③を含む場合のみ、市町からの推薦状の添付が必要		
	Ⅱ 既設での 変更 (予定)	従事(予定)日 年 月 日	従事する理由を下から1つ選び番号を右に記入して下さい（その他は理由を記載）		理由番号
		従事理由内容(③その他の場合のみ)			
Ⅰ・Ⅱ 共通	従事(予定) 事業所名	所在地市町名	市 町	サービス種別番号	
従事(予定)事業所 サービス種別		該当するものを下から1つ選び番号を右に記入して下さい A 認知症対応型共同生活介護 B 小規模多機能型居宅介護 C 看護小規模多機能型居宅介護 D 認知症対応型通所介護			

研修センター 記入欄 ※記入しない でください
----------------------------------

※代表者印欄・所属長印欄・申込者本人印欄 共に要押印