

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 | 2024 | 年 | 5 | 月 | 1 | 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<br>法人名    | 社会福祉法人〇〇〇福祉会 |                   |     |                   |  | 代表者印      |
| 代表者              | 役職           | 理事長               | 氏名  | 日本 一郎             |  | 理事長<br>印等 |
| 部署・施設・事業所名       | 介護サービス事業部    |                   |     |                   |  |           |
| 申込責任者<br>(現所属長等) | 役職           | 施設長               | 氏名  | 兵庫 花子             |  | 所属長印      |
| 事務担当※            | 所属<br>役職等    | 総務課 課長            | 氏名  | 福祉 はじめ            |  | 所属長<br>印等 |
| 連絡先              | TEL<br>(日中)  | 078 - 0123 - 4567 | FAX | 078 - 0123 - 5678 |  |           |

※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   | けんしゅう  | たろう  | 性別                | 男                                    | 生年月日              | 年齢            | 申込者本人印  |
| 氏名   | 研修   | 太郎   | 男                 | 昭和                                   | 50 年 1 月 1 日生     | 49 歳          | 申込者<br>本人印                                      |
| 現 勤務先  | 施設・事業所名  | 小規模多機能型事業所△△△△△△△  |                   |                                      | 職 名               | 介護職員          |   |
| ※申込時点で<br>の所属先情報<br>を記入<br>受講時と変わる<br>場合は要連絡<br><br>※ご自宅の住所<br>及び連絡先の<br>記載は不要<br><br>※メールアドレス<br>資料・案内<br>等の送付に使用<br>(後日変更不可)<br><br>【職名記入例】<br>管理者・計画<br>作成担当者・<br>エリダー<br>介護職員等 | 所在地  | 〒 6 7 3 - 9 9 9 9 兵庫 都 道 〇〇〇 市   |                   |                                      | 〇〇〇 町             |               |   |
|  | 連絡先  | TEL  | 078 - 0123 - 8888 | FAX                                  | 078 - 0123 - 9999 |               |   |
|  | メールアドレス  | △△△△△@〇〇〇.jp   |                   |                                      |                   |               | ※研修中、このメールを使用することがあります。<br>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）<br>① 特別養護老人ホーム ⑦ 居宅介護支援事業所<br>② 介護老人保健施設 ⑧ 看護小規模多機能型居宅介護事業所<br>③ 認知症対応型共同生活介護事業所 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）<br>④ 小規模多機能型居宅介護事業所 ⑩ 訪問介護事業所<br>⑤ 認知症対応型通所介護事業所 ⑪ その他<br>⑥ 通所介護事業所<br>サービス種別名（⑪その他の場合のみ） |                   |                                      |                   |               | サービス種別番号<br>④<br>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）<br>① 医師 ② 看護師・准看護師 ③ 社会福祉士 ④ 介護福祉士<br>⑤ 介護員養成研修修了者 ⑥ 介護支援専門員 ⑦ その他<br>※ 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<br>資格名（⑦その他の場合のみ） |  |                   |                                      |                   | 取得資格番号<br>④ ⑥ |   |
| 認実<br>知務<br>症経<br>験<br>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   |
| △△△△△△△△<br>グループホーム<br>〇〇の家<br>特別養護老人ホーム<br>〇〇〇の郷  | 〇〇〇 市  | 〇〇〇 市  | 介護職員              | 平成 27 年 4 月 ~ 令和 6 年 5 月             | 9 年 2 ヶ月          |               |   |
|  | ×× 市   | ×× 市   | 介護職員              | 平成 26 年 10 月 ~ 令和 27 年 3 月           | 年 6 ヶ月            |               |   |
|  | ×× 市   | ×× 市   | 介護職員              | 平成 21 年 4 月 ~ 令和 26 年 3 月            | 5 年 0 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、<br>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<br>※上記経験以外も含む総年月数（必ず記入） |                   |               | 16 年 10 ヶ月                                      |

※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                 |                     |  |  |                 | 受講希望番号    |      |
|                                  | 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 |                     |  |  |                 | ① ②       |      |
|                                  | ※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<br>開設                                      | 開設予定日               |  |  | 年 月 日           | 理由番号<br>② |      |
|                                  | Ⅱ 既設での<br>変更<br>(予定)                            | 従事(予定)日             |  |  | 2024 年 10 月 1 日 |           |      |
| Ⅰ・Ⅱ 共通                           | 従事理由内容(③その他の場合のみ)                               |                     |  | 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）<br>① 前任者の退職 ② 前任者の異動 ③ その他 |                 |           |      |
| 研修センター<br>記入欄<br>※記入しない<br>でください | グループホーム〇〇の家                                     |                     |  |  |                 | 所在地市町名    | ×× 市 |
|                                  |   | 従事(予定)事業所<br>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<br>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<br>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 |  |                 | サービス種別番号  | A    |

※代表者印欄・所属長印欄・申込者本人印欄 共に要押印