

令和7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 | 令和7 | 年 | 5 | 月 | 1 | 日 |
|-----|-----|---|---|---|---|---|

代表者・申込責任者

| | | | | |
|-----------------|--------------|----------------|---------|---------------|
| 法人名 | 社会福祉法人〇〇〇福祉会 | | | |
| 代表者 | 役職 | 理事長 | 氏名 | 日本 一郎 |
| 申込責任者 (所属長等) | 役職 | 施設長 | 氏名 | 兵庫 花子 |
| | 施設名・事業所名 | 特別養護老人ホーム〇〇〇〇園 | TEL | 078-0123-4567 |
| | FAX | 078-0123-5678 | メールアドレス | △△△△@〇〇〇.jp |

下記の者について、令和7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職場における実習を承諾します。

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 | 生年月日 | | | 年齢 | |
| 氏 名 | (姓) 研修 | (名) 太郎 | 男 昭和 女 平成 | 60 | 年 | 1 月 1 日生 | 40 歳 | |
| 現勤務先 (申込時点) | 施設・事業所名 | デイサービスセンター〇〇〇〇園 | | 職 名 ※必ず記入 | 介護職員 | | | |
| | 勤務先の所在地 | 〒673-9999 兵庫県〇〇市△△町×丁目×番×号 | | | | | | |
| | 勤務先の連絡先 | TEL | 078-0123-8888 | | FAX | 078-0123-9999 | | |
| | メールアドレス ※必ず記入 | 〇〇〇@〇〇〇.jp 資料・案内等の送付に使用します。データ受信可能な アドレスを記入すること | | | | | | |
| | 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（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 ⑥ 居宅介護支援事業所 ② 介護老人保健施設 ⑦ 特定施設入居者生活介護事業所 ③ 認知症対応型共同生活介護事業所 ⑧ 訪問介護事業所 ④ 小規模多機能型居宅介護事業所（看護含む） ⑨ 訪問看護事業所 ⑤ 通所介護事業所（認知症対応型含む） ⑩ その他 サービス種別名（⑩その他の場合のみ） | | | | | サービス種別番号 ⑤ 主な1つを記入 | |
| 保有資格 | 該当するものを下から選び番号を右に記入して下さい。（その他の場合は、保有資格を記入） ① 認知症介護基礎研修 ② 介護福祉士 ③ 社会福祉士 ④ 介護支援専門員 ⑤ 介護員養成研修 ⑥ 理学療法士 ⑦ 作業療法士 ⑧ 看護師（准） ⑨ 栄養士（管理） ⑩ 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 ※ 上記のうち、いずれか1つの保有資格を確認できる書類（免許証・修了証書等）の写しを添付すること 資格名（⑩その他の場合のみ） | | | | | | 取得資格番号 ②、④ | |
| | 実務経験 介護※ | 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 |
| | | デイサービスセンター 〇〇〇〇園 | 〇〇 市 町 | 介護職員 | 平成 令和 | 27 年 4 月 ~ | 平成 令和 | 7 年 5 月 |
| グループホーム 〇〇の家 | | ×× 市 町 | 介護職員 | 平成 令和 | 26 年 10 月 ~ | 平成 令和 | 27 年 3 月 | 年 6 ヶ月 |
| 特別養護老人ホーム △△△の郷 | | ×× 市 町 | 介護職員 | 平成 令和 | 21 年 4 月 ~ | 平成 令和 | 26 年 3 月 | 5 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（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） | 17 年 10 ヶ月 |

| | | | | | | | | |
|---------|---|---------------------------|--|---------------------------------------|--|--------|----------|------|
| 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 管理者に従事予定 ③ 計画作成担当者に従事予定 ④ 認知症加算等申請 | | | | | | ①、② | |
| | ※ ②・③を選択した場合のみ右に記入 | ※Ⅰ及びⅡのいずれか1つの枠に内容を記入して下さい | | ※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 | | | | |
| | | Ⅰ 新規開設 | 開設予定日 | | | | | |
| | | | 年 月 日 | | | | | |
| | Ⅱ 既設での変更（予定） | 従事（予定）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 |
| | | 令和7 年 10 月 1 日 | | ① 前任者の退職 ② 前任者の異動 ③ その他 | | | | ② |
| Ⅰ・Ⅱ共通 | 従事（予定）事業所名 | | グループホーム〇〇の家 | | | 所在地市町名 | ×× 市 町 | |
| | 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 | | | | サービス種別番号 | |
| | | | | | | | A | |