様式3

認知症介護実践リーダー研修受講申込書（　　年度　　回）

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　令和　　　年　　　月　　　日

（指定機関の長）　　様

＊修了証書は、氏名欄に記載された文字に基づき発行しますので、氏名は、楷書によりはっきりと丁寧に記載してください。

（「髙」→「高」、「眞」→「真」など簡略字を記載した場合、修了証は簡略字で発行します。）

１　法人について

|  |  |
| --- | --- |
| 法人名 |  |
| 法人所在地 |  |
| 代表者 |  |

２　受講申込事業所について

|  |  |
| --- | --- |
| 介護保険事業所番号 |  |
| ふりがな |  |
| 事業所名 |  |
| 所在地 | 〒 |
| 連絡先 | TEL | 　　　　 | FAX |  |
| 担当者氏名※担当者が受講者自身である場合にも記入してください。 |  | 担当連絡先 |  |
| 事業種別（該当するものを〇で囲んで下さい。） | 介護老人福祉施設・介護老人保健施設・介護医療院・訪問介護・通所介護・認知症対応型共同生活介護・小規模多機能型居宅介護・　　　　　認知症対応型通所介護・訪問看護・その他（　　　　　　　　　　　　） |
| 受　講　目　的 | １　資質向上のため２　グループホームにおいて、短期利用認知症対応型共同生活介護を提供するため。 |
| 事業所におけるこれまでの申込状況 | 1. 事業所において、実践者研修の受講申込は、

（　初めて　　・　　　回目（※１））である。（２）これまでの申込時期　　1. 年　　月
2. 年　　月

（※１）前回、申込者が選考されている場合は、今回は「初めて」の申込みとなります。（※２）（２）は、２回目以上の申込の方のみ記入してください。（※３）不足する場合は余白に記入してください。　 |
| 事業所における認知症介護実践リーダー研修（旧専門課程）修了者数（申込時点の在籍者について御記入ください。） | 　　　　　　人 |
| 事業所の利用定員 | 　　　　　　人 |

３　受講希望者について

|  |  |
| --- | --- |
| ふりがな | ★優先順位　（　　　）番目／（　　　）人中※同一事業所から複数名申込をされる場合は、記入してください。 |
| 氏　名 |
| 生年月日 | 昭和・平成　　年　　月　　日生　 |
| 本人携帯番号 | ※研修前や研修期間中に事務局から直接受講者へ御連絡させていただく場合がございます。 |
| メールアドレス | ※事務局からの連絡事項及び研修資料を受信できるアドレスを記入してください。※記載されたアドレス以外の端末等で受講又は資料をダウンロードする場合は、ご自身で転送いただく事になりますので、お間違いのないようお願いします。 |
| 認知症介護実践者研修（旧基礎課程）修了日 | 　　　　　　年　 　月　　　日　　※修了証の写しを添付すること。 |
| 実践者研修未修了の場合介護福祉士資格を有している者は登録年月日と登録番号を記載。 | 登録年月日登録番号 | 　　　年　　　月　　　日第　　　　　　　　　　　　号　　※介護福祉士登録証の写しを添付すること。 |
| 実務経験主な職歴を記載 | 　　　期　　　間 | 通算期間 | 勤務先 | 職務内容 |
| 　 年　 月 ～ 年 　月　 | 　 年　 ヵ月 |  |  |
| 　 年 　月　～ 年 　月 | 　 年　 ヵ月 |  |  |
| 　 年 　月　～ 年 　月 |  年　 ヵ月 |  |  |
| 　 年 　月　～ 年 　月 | 　 年　 ヵ月 |  |  |
| 　 年 　月　～ 年　 月 | 　 年　 ヵ月 |  |  |
| 計　　　年　　　月の実務経験（行不足の場合は別紙添付）※実践者研修を修了し１年以上経過している者は「認知症介護の実務経験」について主な職歴を5年以上記載すること。※実践者研修の修了者以外で、介護福祉士資格を取得した日から起算して10年以上の者は、「サービスを直接提供する介護職員としての実務経験」について主な職歴を10年以上（1,800日以上）記載すること。 |

|  |  |
| --- | --- |
| 現在の役職（該当するものを〇で囲んで下さい。） | 代表・管理者（施設長）・主任・ユニットリーダー・介護職員・看護職員・その他（　　　　　　　　　　　　　　　） |