

受講希望順位	
--------	--

研修受講申込書（認知症介護実践者研修用）

年　月　日

一般社団法人宮崎県介護福祉士会 会長 殿

(所属事業所等の長)

職・氏名

次の者について、令和6年度認知症介護実践者研修を受講させたいので、次のとおり申込みます。なお、認知症介護の実務経験については、下記のとおりです。

(ふりがな) 受講者氏名		生年月日	昭和・平成 年 月 日
-----------------	--	------	-------------

所 属 施 設 ・ 事 業 所 の 状 況

法人名			
施設・事業所名			
施設等の種類	GH 小多機 認知デイ 特養 老健 その他()		
施設・事業所の住所	(〒)	申込担当者	
		電 話	
		F A X	

受 講 者 の 資 格 等

保有資格等 裏面の「資格一覧」 から該当するものを全て記入				
認知症介護 の実務経験	期 間	通算期間	勤務先	職務内容
	年 月 ~ 年 月	年 月		
	年 月 ~ 年 月	年 月		
主な職歴を 2年以上記載	年 月 ~ 年 月	年 月		
	年 月 ~ 年 月	年 月		
	計 年 月	の実務経験	※ 行不足の場合は別紙添付	
研修受講歴 (修了済みの研修を○ で囲み、[]内を記入)	1 痴呆介護実務者研修(基礎課程)【修了年月日 : 】 2 痴呆介護実務者研修(専門課程)【修了年月日 : 】 3 認知症介護基礎研修【修了年月日 : 】 4 その他【研修名 : 】 修了年月日 : 】			

受講希望の地区及び研修日程

希 望	開催地区	研 修 日 程
第 1 希望		第 回 (年 月 日 ~ 年 月 日)
第 2 希望		第 回 (年 月 日 ~ 年 月 日)
第 3 希望		第 回 (年 月 日 ~ 年 月 日)

※ 同一事業所（法人）から複数名希望する場合は、受講希望順位の欄に優先順位を記入すること。

※ 受講希望理由について、裏面の様式 1 (その 2) に所定の事項を記入すること。

※ 裏面も必ず記載すること。

様式 1（その 2）

受講希望理由等調査票

受講理由等（※該当する理由の番号を○で囲い、詳細を記載すること）

- | |
|--|
| <p>1 受講者の希望
2 現在指定基準を満たしていない
3 研修修了者が退職予定（退職時期： 年 月）
4 研修修了者が法人内異動予定（異動時期： 年 月）
5 新規開設（開設時期： 年 月、開設場所： ）
6 今年度の認知症対応型サービス事業管理者研修受講を希望するが、実践者研修が未修了のため
7 今年度の小規模多機能型サービス等計画作成担当者研修受講を希望するが、実践者研修が未修了のため
8 その他</p> |
|--|

※ 受講者選定の参考にするため、上記 2～8 の理由で受講を希望する場合、指定基準上の事情等について具体的に記載すること

資格一覧 ※保有する資格を全て選び、表面の「保有資格等」欄に記入すること。

- | |
|--|
| <ul style="list-style-type: none">・医師、歯科医師、薬剤師、看護師、准看護師・介護福祉士、実務者研修修了者、介護職員初任者研修修了者、生活援助従事者研修修了者、介護職員基礎研修課程又は訪問介護員養成研修一級課程・二級課程修了者・理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、あん摩マッサージ師、はり師、きゅう師・管理栄養士、栄養士・社会福祉士、介護支援専門員、精神保健福祉士・EPA介護福祉士、在留資格「介護」・その他の資格（具体的な資格名を記入すること） |
|--|