

受講希望順位	
--------	--

研修受講申込書 (認知症介護実践リーダー研修用)

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リーダー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 <small>裏面の「資格一覧」から該当するものを全て記入</small>	※ 介護福祉士資格 有 ・ 無【資格取得年月日： 】			
研修受講歴	認知症介護実践者研修の受講歴 有 ・ 無 (いずれかを○で囲む) 【修了年月日： 】			
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 月		
	年 月 ~ 年 月	年 月		
	年 月 ~ 年 月	年 月		
	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) ※ 認知症介護実践者研修を修了し1年経過している者は「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 ※ 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、「サービスを利用者に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				

※ 同一事業所(法人)で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2(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。

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)

- 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 認知症ケア加算
- 6 その他

※ 受講者選定の参考にするため、上記 2～6 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。

- ・ 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)