

受講希望順位	
--------	--

研修受講申込書 (認知症対応型サービス事業管理者研修用)

年 月 日

一般社団法人宮崎県介護福祉士会 会長 殿
(市町村長経由)

(所属事業所等の長)

職・氏名

次の者について、令和6年度認知症対応型サービス事業管理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)				生年月日	昭和・平成	年	月	日
受講者氏名								
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 主な職歴を2年以上記載	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						
計		年 月の実務経験		※ 行不足の場合は別紙添付				
研修受講歴	1 認知症介護実践者研修【修了年月日：】							
研修受講歴 (修了済みの研修を○で囲み、【】内を記入)	2 痴呆介護実務者研修(基礎課程)【修了年月日：】							
	3 本年度の認知症介護実践者研修を受講予定【受講予定回：第 回】							
注：実践者研修未修了者は本研修を受講できないため、上記1又は2が未修了の場合、本年度の実践者研修の受講を申込み、受講が決定している回を上記3に記載して提出すること。								
受講希望の研修日程								
第1希望	第 回	(年 月 日 ~ 年 月 日)						
第2希望	第 回	(年 月 日 ~ 年 月 日)						

※ 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「受講希望理由等調査票」に所定の事項を記入すること。
 ※ 裏面も必ず記入すること。

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 管理者だが研修未受講
- 2 現管理者が退職予定 (退職時期: 年 月)
- 3 現管理者が法人内異動予定 (異動時期: 年 月)
- 4 新規開設 (開設時期: 年 月、開設場所:)
- 5 将来的に管理者が退職・異動する場合に備えるため
- 6 その他

※ 受講者選定の参考にするため、指定基準上の事情等について具体的に記載すること
法人内異動の場合は異動先事業所名、新規開設の場合は開設時期や市町村との相談状況など (未協議、現在協議中、開設了承済等)、その他の場合は詳しい理由を記載すること。

※ 第 1 回の研修を必ず受講しなければならない必要性・緊急性がある場合は、その理由もあわせて記載すること

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)