

社会福祉法人
島根県社会福祉協議会会長 様

施設（事業所）名

施設（事業所）長（職・名）

令和6年度島根県認知症介護実践研修「実践者研修」受講申込書

このことについて、下記の職員を研修生として開催要項の注意事項について了承、同意のうえ、受講を申込みます。

受講回・会場	第（ ）回（ ）会場		
ふりがな		(職名) 例：介護職員	性別
氏名			男・女
生年月日	昭和・平成	年 月 日生	
身体介護の実務 経験年数	現職場での経験年数	年 ヶ月	(※受講申込書を記入時点)
	通年経験年数	年 ヶ月	(※他事業所の経験も含む)
資格等 ※認知症介護基礎研修 修了またはそれと同等以 上の能力が必要です。	※該当する番号全てに○をしてください 1. 介護福祉士 2. 介護支援専門員 3. 看護師・准看護師 4. 訪問介護員（ ）級 5. 実務者研修 6. 初任者研修 7. 認知症介護基礎研修 8. その他：医療・福祉関係の資格（資格名：) ※医療・福祉関係の資格については、開催要項をご参照ください。		
勤務先 事業所等	法人名		
	所属事業所名		
	事業所種別	※該当する番号に○をしてください 1. 認知症対応型共同生活介護 2. (認知症対応型) 通所介護 3. 訪問介護・看護 4. (看護) 小規模多機能型居宅介護 5. 小規模多機能型居宅介護 6. 介護老人福祉施設 7. 介護老人保健施設 8. その他（)	
	事業所所在地	〒 ー ※FAXでご案内を通知する場合があります。(要記入) TEL: FAX:	
	事業所内 状況	※修了者人数、事業所人数（事業所内の介護・看護職の就業人数）を必ず記入して下さい 実践者研修修了者人数()人 ・ 事業所人数()人 優先順位() ※同一事業所内で複数名申込の場合のみ記入	
研修受講理由 (いずれかに必ずチェックを入れてください ②～④の場合は 予定月を記入)	<input type="checkbox"/> ① スキルアップ		
	<input type="checkbox"/> ② 指定地域密着型サービスの管理者要件を満たすため 予定月を記入→ <input type="checkbox"/> 前任者と交代のため(令和 年 月) <input type="checkbox"/> 新規開設のため(令和 年 月)		
	<input type="checkbox"/> ③ 指定地域密着型サービスの計画作成担当者要件を満たすため 予定月を記入→ <input type="checkbox"/> 前任者と交代のため(令和 年 月) <input type="checkbox"/> 新規開設のため(令和 年 月)		
	<input type="checkbox"/> ④ 短期利用共同生活介護従事者要件を満たすため(令和 年 月)		
	<input type="checkbox"/> ⑤ その他(理由:) ※必ず記入		
申込内容の問合せ先	(施設・事業所名) (連絡担当者氏名) TEL: FAX:		

※事業所の新規開設の予定がある場合はこちらにご記入ください。

事業所名			
事業所種別		開設年月日	令和 年 月 日