

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「実践リーダー研修」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、開催要項について了承、同意のうえ、受講を申込みます。

ふりがな				(職名) 例：主任介護職員	性別
氏名(職名)					男・女
生年月日	昭和・平成	年	月	日	
リーダー歴	有( 年 ヶ月)	2	無		
資格等 (番号に○をしてください)	※該当する番号全てに○をしてください(グループ編成・演習事例参考のため) 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. 資格なし 9. その他( )				
勤務先事業所等	法人名				
	事業所名				
	事業所種別 (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. 小規模多機能型居宅介護 5. (看護)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	〒 - ※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)を必ず記入してください。 実践者研修( )人・実践リーダー研修( )人・事業所人数( )人 優先順位( )番目( )人申込中 ※同一事業内で複数申込みの場合記入してください。				
実践者研修等の修了または資格の取得状況 ※必ず修了証書または登録証の写しを添付してください。	実践者研修等			修了・登録年月日	
	<input type="checkbox"/> 認知症介護実践研修「実践者研修」			年 月 日	
	<input type="checkbox"/> 痴呆介護実務者研修「基礎課程」			年 月 日	
	<input type="checkbox"/> 平成12～17年度の実践リーダー研修「専門課程」			年 月 日	
<input type="checkbox"/> 介護福祉士資格(上記の実践者研修等の修了者以外の方のみチェック)			年 月 日		
実務経験年数	通算 年 ヶ月				
介護業務の実務経験 (行が足りない場合は、コピーして追加してください)	※実践者研修等修了者は、5年以上の介護業務の実務経験について、過去の勤務先を含めて記入してください。 ※実践者研修等の修了者以外の方で、介護福祉士資格をお持ちの方は、資格取得日から起算して10年以上、かつ、1,800日以上、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、過去の勤務先を含めて記入してください。				
	施設・事業所名	実務経験期間	通算期間	職務内容	
		年 月 ~ 現在	年 ヶ月		
		年 月 ~ 年 月	年 ヶ月		
		年 月 ~ 年 月	年 ヶ月		
	年 月 ~ 年 月	年 ヶ月			
研修受講理由※	<input type="checkbox"/> ①受講により短期利用共同生活介護の従事者要件を満たすため				
	<input type="checkbox"/> ②指導者研修を受講するため				
	<input type="checkbox"/> ③その他 ※スキルアップ、加算要件を満たすため等				
申込内容の問合せ先	担当者氏名:				
	TEL:			FAX:	

【備考】研修受講理由欄の①については、実践リーダー研修を受講しないと指定地域密着型サービス指定・運営基準を満たせない場合など受講者の選定にあたって特に配慮してもらいたい理由がある場合、該当項目にチェックを入れてください。