

令和6年度 滋賀県認知症介護実践者研修（第1回） 受講申込書

滋賀県社会福祉協議会会長 様

施設・事業所名

施設長・事業所長
職名・氏名

ふりがな
連絡担当者
職名・氏名

連絡先 電話

FAX

本研修を次の者に受講させたく申し込みます。

ふりがな			生年 月日	昭和 平成	年	月	日	(歳)			
氏名											
法人名							左記事業所の認知症介護実践者研修(旧基礎課程含む)修了者数				
事業所名							人				
事業所所在地等	〒										
	電話				FAX						
種別	特養 老健 療養型 介護医療院 通所介護 通所リハ 訪問介護 訪問看護 特定施設 ショート GH 小規模 認知症デイ 看多機 定期巡回随時対応型訪問介護看護										
保有資格	介護福祉士・社会福祉士・訪問介護員1級・訪問介護員2級・介護支援専門員 看護師・准看護師・その他 () ・なし										
認知症介護基礎 研修修了状況	年度修了 ※修了証書写しを添付してください。										
認知症高齢者 介護の実務経験	勤務先名	職名	認知症高齢者の介護に従事した期間・月数								
			年	月	日	～	現在に至る	年	か月		
			年	月	日	～	年	月	日	年	か月
			年	月	日	～	年	月	日	年	か月
			年	月	日	～	年	月	日	年	か月
			年	月	日	～	年	月	日	年	か月
			年	月	日	～	年	月	日	年	か月
実務経験の合計期間			年 か月								

※確認できたら□に✓をしてください。

実習協力確認	<input type="checkbox"/>	6週間の職場実習において事業所の承認を得ています。
--------	--------------------------	---------------------------

義務付け研修対象者記入欄	地域密着型サービス事業所のうち、指定・運営基準による人員基準を満足するため、本研修を必ず受講しなければならない場合は、次の該当箇所へ就任（予定）年月日を記入し、就任状況を○で囲んで選択してください。		
	区分	日付	就任状況
	①小規模多機能型居宅介護事業所の管理者	年 月 日	就任・就任予定
	②小規模多機能型居宅介護事業所の計画作成担当者	年 月 日	就任・就任予定
	③認知症高齢者グループホームの管理者	年 月 日	就任・就任予定
	④認知症高齢者グループホームの計画作成担当者	年 月 日	就任・就任予定
	⑤認知症対応型デイサービスの管理者	年 月 日	就任・就任予定
	⑥看護小規模多機能型居宅介護事業所の管理者	年 月 日	就任・就任予定
	⑦看護小規模多機能型居宅介護事業所の計画作成担当者	年 月 日	就任・就任予定
	市町担当課への申込書提出と併せて、滋賀県社会福祉研修センター研修システムでの申し込みが必要です。		
研修システム入力日：	月 日	システム申し込み済 ・ システム申し込み予定	

受講希望者確認（受講希望者本人が確認の上、直筆で記載してください）

本書記載内容及び提出書類に漏れや不備、相違等ありません。

確認した日 令和 年 月 日

受講希望者氏名 _____

本書作成・提出にあたり、下記にご留意ください。

- 本書は、黒インク又はボールペンで記入し、楷書体で漏れなく記載してください。
- 認知症介護基礎研修の修了証書の写しを本書に添付してください。

個人情報の取り扱いについて

- ※ 本書記載の個人情報は本研修の目的にのみ使用し、他の目的に使用しません。