

(別紙様式1)

令和7年 月 日

令和7年度 滋賀県認知症介護実践リーダー研修 受講申込書

滋賀県社会福祉協議会会長

施設・事業所名

施設長・事業所長名

下記の者について、標記研修の受講を申し込みます。

【受講区分】 ①義務付け研修 ・ ②自己研鑽 ※①②どちらかに○をつけてください。

注：①義務付け研修…指定認知症対応型共同生活介護事業所で短期利用の指定を受けようとする事業所において本研修修了者がいない場合、受講が義務づけられています。

②自己研鑽 …上記①以外の受講希望者

ふりがな		生年	年 月 日	
氏 名		月 日		
法 人 名			受講者役職名	
職 場 名				
事業種別	特養 老健 療養型 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 看護小規模 定期巡回・随時対応型			
職場住所	〒		TEL : - -	
			FAX : - -	
主な資格	介護福祉士 社会福祉士 看護師 准看護師 介護支援専門員 初任者研修 実務者研修 ヘルパー () 級 その他 () 特になし			
認知症介護 経験年数 (令和7年5月1日時点)	期 間		施設・事業所名	
	年 月～ 年 月 (年 か月間)			
	年 月～ 年 月 (年 か月間)			
	年 月～ 年 月 (年 か月間)			
	年 月～ 年 月 (年 か月間)			
	<合 計> 年 か月間 ※令和7年5月1日時点			
認知症介護以外 も含む介護経験 年数	<合 計> 年 か月間 ※令和7年5月1日時点			

「認知症介護実践者研修」 または「痴呆介護実務者 研修（基礎課程）」の 受講修了状況	修了年度 修了証書番号	平成・令和 年度 第 号 <u>※修了証の写しを添付してください。</u>
介護福祉士登録証 ※登録後10年以上	登録年月日 登 録 番 号	平成 年 月 日 第 号 <u>※介護福祉士登録証の写しを添付してください</u> 認知症介護実践者研修の修了証書を添付される方は 登録証を添付する必要がありません。
現在の職務内容	1 チームリーダーである 2 リーダー補佐をしている 3 その他 ()	
現在の事業所職員のうち実践リーダー研修 (専門課程を含む) 修了者数	人	
4週間の職場実習の実施にあたり 事業所の協力を得ることができますか	協力を得られる ・ 得られない ※協力を得られない場合は修了できません	

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
-----------	--------------	--

上記に相異なることを証明します。(受講者ご本人が自署してください)

令和 年 月 日 氏名 _____

* 申込書に記載された個人情報、本事業の実施のみ使用することとし本人の許可なくその他の用途に使用することはありません。