

令和 7 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 氏 名		生年 月 日	昭和 平成 年 月 日 (歳)		
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 人	
事業所名					
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	☐	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。