**令和6年度認知症介護実践研修（実践者研修）申込書**

申込日　　　令和6年　　月　　日

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 法人名 |  | 事業所名 |  |
| 代表者名 | 担当者名　　　　　　　　　　　　　　印 | | |
| 所在地 | 〒 | | |
| ＴＥＬ　　　　　　（　　　　　）　　　　　　　　　　　ＦＡＸ　　　　　　（　　　　　） | | |
| 現勤務先  該当するところに○をして下さい | （　　　）１．小規模多機能型居宅介護（看護）　　　　　　（　　　　）６．介護医療院  （　　　）２．認知症対応型共同生活介護　　　　　　　　　（　　　　）７．通所介護  （　　　）３．認知症対応型通所介護　　　　　　　　　　　（　　　　）８．訪問介護  （　　　）４．介護老人福祉施設　　　　　　　　　　　　　（　　　　）９．通所リハビリテーション  （　　　）５．介護老人保健施設　　　　　　　　　　　　　（　　　　）10．その他（　　　　　　　　　　） | | |
| * 介護の事業所に勤務していない場合、課題作成のための実習を承諾した法人名を記入して下さい。   　　　　　　　　　法人名  　　　　　　　　　所在地　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　責任者　　　　　　　　　　　　　　印 | | | |
| ※　下記のものについて、令和6年度の認知症介護実践研修（実践者研修）の受講を申し込みます。  つきましては、課題作成のための自施設における実習を承諾します。 | | | |

【受講申込者に関する記入欄】　　　　　　　　　　　　　　　　　≪同一法人内優先順位　　　　位≫

|  |  |
| --- | --- |
| 氏名 | （ふりがな）  　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　印　　　　　　　　男　・　女 |
| 生年月日 | S・H　　　年　　　月　　　日　生　（　　　歳）　**＊氏名・生年月日は、修了証書に記載しますので正確に記入下さい** |
| 役職 | １．管理者　　２．計画作成担当者　　３．介護員（　　　　　）　４．サービス提供責任者　　５．生活相談員  ６．看護師　　７．機能訓練指導員　　８．介護支援専門員　　９．その他（　　　　　　　　　　　　） |
| 保有資格 | １．介護福祉士　　２．社会福祉士　　３．看護師（准）　４．介護支援専門員　　５．実務者研修修了  ６．理学療法士　　７．作業療法士　　８．訪問介護員１・２級　　９．介護職員初任者研修修了  １０．認知症介護基礎研修修了　　　１１．栄養士　　　　１２．その他（　　　　　　　　　　　　　　）  **※上記、保有資格を確認できる書類（免許証・修了証書等）の写しを添付すること** |
| 介護に  従事した  施　　設  ・  経験年数 | （施設名・事業所）　　　　　　　　　　　　　　　（経験年数）　　　　　　年　　　　　　ヶ月 |
| 年　　　　　　ヶ月 |
| 年　　　　　　ヶ月 |
| 年　　　　　　ヶ月 |
| 年　　　　　　ヶ月 |
| 年　　　　　　ヶ月 |
| （就業中の場合は、申込書記入月でお書き下さい）　　**介護に従事した経験の合計年数は、**　　　　　年　　　ヶ月 |
| 受講希望コース　（希望コースに○） | ＊第2希望まで記載お願いします（夏期コースが定員より多い場合冬期コースへの変更をお願いすることがあります）  第1希望：紀北（夏期・冬期）コース　　／　　　第2希望：紀北（夏期・冬期）コース |
| 受講申込の理由  （該当するものすべてに○） | 1.事業所の人員基準を満たす必要があるため　　2.事業所の研修受講者が3名未満のため  3.高齢者の権利擁護推進のため　　　　　　　　4.事業所の認知症ケア向上のため  5.受講者自身の認知症ケアの向上のため　　　　6.その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| その他 | 令和6年度受講を希望する研修名（申込は市町村へ）  （　　　）認知症対応型サービス事業管理者研修（勤務経験3年必要）  （　　　）認知症対応型サービス事業開設者研修（勤務経験必要）  （　　　）小規模多機能型サービス等計画作成担当者研修（介護支援専門員であること） |

本申込書に記載された内容は、個人情報保護条例等の規定により適正な管理を行い、本研修の実施に関する業務以外には使用しません。