様式２（その１） 　　　　　　　　　　　　　裏面有り

|  |  |
| --- | --- |
| 受講希望順位 |  |

研修受講申込書**（認知症介護実践リーダー研修用）**

　　　　　 　　　　 　　　　 年 　　月　 　日

　一般社団法人宮崎県介護福祉士会　会長 殿

（所属事業所等の長）

職・氏名

　次の者について、令和６年度認知症介護実践リーダー研修を受講させたいので、次のとおり申込みます。なお、認知症介護の実務経験については、下記のとおりです。

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| （ふりがな）  受講者氏名 |  | | 生年月日 | | 昭和・平成　年　月　日 | |
|  | |
| **所属施設・事業所の状況** | | | | | | |
| 法人名 |  | | | | | |
| 施設・事業所名 |  | | | | | |
| 施設等の種類 | GH　小多機　認知ﾃﾞｲ　特養　老健 その他（　　　　　　　　　　　　） | | | | | |
| 施設・事業所の住所 | （〒　　　－　　　　） | | 申込担当者 | |  | |
| 電話 | |  | |
| FAX | |  | |
| **受講者の資格等** | | | | | | |
| 保有資格等  裏面の「資格一覧」から該当するものを全て記入 | ※ 介護福祉士資格　　有　・　無【資格取得年月日：　　　　　　　　】 | | | | | |
| 研修受講歴 | 認知症介護実践者研修の受講歴　　有　・　無（いずれかを○で囲む）  【修了年月日：　　 　　　　　　　】 | | | | | |
| 実務経験  **主な職歴を記載** | 期　　間 | 通算期間 | | 勤務先 | | 職務内容 |
| 年　月　～　年　　月 | 年　月 | |  | |  |
| 年　月　～　年　　月 | 年　月 | |  | |  |
| 年　月　～　年　　月 | 年　月 | |  | |  |
| 年　月　～　年　　月 | 年　月 | |  | |  |
| 年　月　～　年　　月 | 年　月 | |  | |  |
| 計　　年　月の実務経験((行不足の場合は別紙添付)  ※ 認知症介護実践者研修を修了し１年経過している者は「認知症介護の実務経験」について主な職歴を５年以上記載すること  ※介護福祉士資格を取得した日から起算して10年以上の者は、「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」について主な職歴を10年以上（1,800日以上）記載すること | | | | | |

※ 同一事業所（法人）で複数名希望する場合は、受講希望順位の欄に優先順位を記入すること。

※ 受講希望理由について、裏面の様式２（その２）に所定の事項を記入すること。

※ 裏面も必ず記載すること。様式２（その２）

受講希望理由等調査票

|  |  |
| --- | --- |
| 受講理由等（※該当する理由の番号を○で囲い、詳細を記載すること） | |
|  | １　受講者の希望  ２　現在指定基準を満たしていない  ３　研修修了者が退職予定（退職時期：　　年　　月）  ４　研修修了者が法人内異動予定（異動時期：　　年　　月）  ５　認知症ケア加算  ６　その他 |
| ※　受講者選定の参考にするため、上記２～６の理由で受講を希望する場合、指定基準上の事情等について具体的に記載すること |

資格一覧　※保有する資格を全て選び、表面の「保有資格等」欄に記入すること。

|  |
| --- |
| ・医師、歯科医師、薬剤師、看護師、准看護師  ・介護福祉士、実務者研修修了者、介護職員初任者研修修了者、生活援助従事者研修修了者、 介護職員基礎研修課程又は訪問介護員養成研修一級課程・二級課程修了者  ・理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、あん摩マッサージ師、はり師、きゅう師  ・管理栄養士、栄養士  ・社会福祉士、介護支援専門員、精神保健福祉士  ・ＥＰＡ介護福祉士、在留資格「介護」  ・その他の資格（具体的な資格名を記入すること） |