

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、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 認知症デイ 特養 老健 その他（ ）						
施設・事業所 の住所	(〒 ー)		申込担当者				
			電 話				
			F A X				
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							
受講希望の研修日程							
第 1 希 望	第 回 (年 月 日 ～ 年 月 日)						
第 2 希 望	第 回 (年 月 日 ～ 年 月 日)						

※ 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。

受講希望理由等調査票

受 講 理 由	※ 該当する理由の番号を○で囲うこと 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												
	* 研修を受けるに当たり自分が学びたい事や日頃からの認知症に対する想いや考えを記入してください。（記入は横書きで記入してください）												
理 由 記 述 欄 （必ず記入すること）													

資格一覧 * 保有する資格を全て選び、表面の「保有資格」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
- ・ E P A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）