

様式 1-2 号 (第 5 条関係)

(※2 枚目もあります)

令和 年 月 日

社会医療法人北九州病院  
理事長 佐多 竹良 様

申 込 者 氏 名  
住 所 :  
法 人 名 :  
事 業 所 名 :  
代 表 者 名 :  
電 話 番 号 :  
担 当 者 名 :  
メ ー ル :

印

### 令和 6 年度 認知症介護実践リーダー研修受講申込書

※修了証書作成のため、氏名は楷書で、はっきりと記載して下さい。(「高」を「高」など略さないでください。)

フリガナ		生年 月 日	<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 西暦 ( 年 )	月	日
受講希望者氏名					
認知症介護実践者研修 (旧基礎課程) 修了年月日				年	月 日
職 種 ※該当するもの全てに チェックしてください	<input type="checkbox"/> 介護職員 <input type="checkbox"/> 計画作成担当者 <input type="checkbox"/> 代表者	<input type="checkbox"/> 管理者 <input type="checkbox"/> 介護支援専門員 <input type="checkbox"/> その他 ( )	<input type="checkbox"/> サービス提供責任者 <input type="checkbox"/> 生活相談員・支援相談員		
資 格 ※該当するもの全てに チェックしてください	<input type="checkbox"/> 医師 <input type="checkbox"/> 訪問介護員 (ヘルパー 級) <input type="checkbox"/> その他 ( )	<input type="checkbox"/> 看護師・准看護師 <input type="checkbox"/> 社会福祉士 <input type="checkbox"/> 介護支援専門員	<input type="checkbox"/> 介護福祉士 <input type="checkbox"/> 初任者研修		
サービス種別	<input type="checkbox"/> 介護老人福祉施設 <input type="checkbox"/> 介護老人保健施設 <input type="checkbox"/> 介護療養型医療施設 <input type="checkbox"/> 介護医療院 <input type="checkbox"/> 訪問介護 <input type="checkbox"/> 訪問看護 <input type="checkbox"/> 通所介護 <input type="checkbox"/> 地域密着型通所介護 <input type="checkbox"/> 通所リハビリテーション <input type="checkbox"/> 短期入所生活介護 <input type="checkbox"/> 短期入所療養介護 <input type="checkbox"/> 居宅介護支援 <input type="checkbox"/> 特定施設入居者生活介護 <input type="checkbox"/> 夜間対応型訪問介護 <input type="checkbox"/> 認知症対応型通所介護 <input type="checkbox"/> 認知症対応型共同生活介護 <input type="checkbox"/> 小規模多機能型居宅介護 <input type="checkbox"/> その他 ( )				
介護保険施設・事業所 等従事年数	年 月	※基準日：令和6年10月1日 ※介護保険施設・事業所等に所属し、従事した 通算年数を記入 ※2枚目に従事履歴を記入 (現事業所も含む)			

※2 枚目の受講要件のいずれかを✓し、認知症介護実践者研修(旧基礎課程)修了証書  
もしくは介護福祉士登録証の写しを必ず添付してください。

上記に掲載された個人情報、本研修実施に関する目的以外での利用はいたしません。

受講希望者氏名 \_\_\_\_\_

申込受講要件のいずれかにを入れ必要事項を記入してください。

- 認知症介護実践者研修（旧基礎課程）修了より1年以上経過し介護業務に概ね5年以上従事した者  
**※認知症介護実践者研修(旧基礎課程)修了証書の写しを必ず添付してください。**

→認知症高齢者介護の経験年数を記載

所属事業所	職種	従事期間	通算期間
		年 月～ 年 月	年 ヶ月
		年 月～ 年 月	年 ヶ月
		年 月～ 年 月	年 ヶ月
		年 月～ 年 月	年 ヶ月
		年 月～ 年 月	年 ヶ月
		年 月～ 年 月	年 ヶ月
介護保険施設・事業所等の従事期間の合計		年 ヶ月	

- 介護福祉士資格を取得した日から起算して10年かつ1,800日以上の実務経験のある者  
**※介護福祉士登録証の写しを必ず添付してください。**

→高齢者介護の実務経験年数および実務経験日数を記載

所属事業所	職種	従事期間	実務経験日数 (休日を除く)
		年 月～ 年 月	日
		年 月～ 年 月	日
		年 月～ 年 月	日
		年 月～ 年 月	日
		年 月～ 年 月	日
		年 月～ 年 月	日
		年数合計 年 ヶ月	日数合計 日

認知症介護実践リーダー研修受講希望理由