

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 7 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	☐ 昭和 ☐ 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	☐ 介護職員 ☐ 計画作成担当者 ☐ 代表者	☐ 管理者 ☐ 介護支援専門員 ☐ その他 ()	☐ サービス提供責任者 ☐ 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	☐ 医師 ☐ 訪問介護員 (ヘルパー 級) ☐ その他 ()	☐ 看護師・准看護師 ☐ 社会福祉士 ☐ 介護支援専門員 ☐ 初任者研修	☐ 介護福祉士 ☐ 介護福祉士
サービス種別	☐ 介護老人福祉施設 ☐ 介護老人保健施設 ☐ 介護療養型医療施設 ☐ 介護医療院 ☐ 訪問介護 ☐ 訪問看護 ☐ 通所介護 ☐ 地域密着型通所介護 ☐ 通所リハビリテーション ☐ 短期入所生活介護 ☐ 短期入所療養介護 ☐ 居宅介護支援 ☐ 特定施設入居者生活介護 ☐ 夜間対応型訪問介護 ☐ 認知症対応型通所介護 ☐ 認知症対応型共同生活介護 ☐ 小規模多機能型居宅介護 ☐ その他 ()		
介護保険施設・事業所 等従事年数	年 ヶ月	※基準日：令和7年11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は、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