１枚目

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　　〒

住　　所：

法 人 名：　　印

事業所名：

代表者名：

電話番号：

担当者名：

メール　：

令和８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。（「髙」を「高」など略さないでください。）

フリガナ 受講希望者氏名		生年 月日	□昭和 □平成　　年　　月　　日 西暦（　　年）
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　□管理者　□サービス提供責任者 □計画作成担当者　□介護支援専門員　□生活相談員・支援相談員 □代表者　□その他（　　）		
資格 ※該当するもの全てにチェックしてください	□医師　□看護師・准看護師　□社会福祉士　□介護福祉士 □訪問介護員（ヘルパー　　級）　□介護支援専門員　□初任者研修 □その他（　　）		
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8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。

2 枚目

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