**令和４年度 岩手県認知症介護実践者研修受講申込書**

**実**

令和　　　年　　　月　　　日

公益財団法人いきいき岩手支援財団理事長　様

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 法人名 |  | |  |
| 施設・事業所名 |  | |  |
| 施設・事業所長  職・氏名 |  | |  |
| 連絡担当者  職・氏名 |  | TEL | |
| FAX | |

標記研修について、下記のとおり受講を申込みます。

**また、本研修受講者の自施設実習については、研修であることを施設･事業所全体で理解し、受講者の設定課題の達成のため、必要な協力及び配慮することを約束します。**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 所属事業所名 |  | 事業所  番号 | **0** | **3** |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 事業所住所 | 〒 | TEL |  | | | | | | | | | | |
| FAX |  | | | | | | | | | | |
| 事業所種別  (１つに☑) | □１介護老人福祉施設　 □２介護老人保健施設　 □３介護療養型医療施設・介護医療院　 □４訪問介護  □５通所介護　□６通所リハビリテーション　□７短期入所生活介護　□８特定施設入居者生活介護  □９地域密着型通所介護　 □10認知症対応型通所介護　 □11小規模多機能型居宅介護  □12認知症対応型共同生活介護　 □13地域密着型特定施設入居者生活介護  □14地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護　 □15看護小規模多機能型居宅介護  □16その他(　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　) | | | | | | | | | | | | |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ふりがな |  | | 性別 | | | □男　・　□女 |
| 受講希望者  氏名 |  |  | 生年月日 | | | □昭和・□平成 　　年　　 月 　　日 |
| 職名 |  | | 所有資格 | | |  |
| 認知症介護基礎研修の受講状況 | 修了　**・**　未修了【受講義務　あり**・**なし】　　※該当するものを〇で囲んでください。 | | | | | |
| 介護実務経験  (令和４年４月末現在) | 通　　　算　　　：　　 年　 　ヶ月  (うち認知症介護実務経験：　　 年　 　ヶ月) | | | | ※　通算２年以上の方が対象です。介護業務と  一体的に行われる看護業務を含みます。 | |
| 受講希望時期 | 第１希望：　第　　　期 | | | 第２希望：　第　　　期 | | |

※　修了証書に記載しますので、氏名の漢字及び生年月日は正確にご記入ください。

|  |  |
| --- | --- |
| 【確認１】　提出書類　　※　どちらか１つを提出してください。 | |
| □　認知症介護基礎研修の修了証書（写し）　　　□　基礎研修免除対象となる所有資格の証明書（写し）  （資格が複数ある場合、いずれか１つを添付して下さい。） | |
| 【確認２】　該当する場合は☑及び記入　　※　☑がある場合のお申込み先は、市町村の介護保険担当課です。 | |
| □　認知症対応型サービス事業管理者研修（第　　　期）今年度受講予定  □　小規模多機能型サービス等計画作成担当者研修　今年度受講予定  □　認知症対応型共同生活介護事業所の計画作成担当者　就任予定 | ☑がある場合は、必ずご記入ください。  就任時期：令和　　　年　　　　月  事業所名： |
| 【通信欄】通知文書送付先が所属事業所と異なる場合は、こちらにご記入ください。  また、身体障がい等のため、受講時における配慮を希望される場合もご記入願います。 | |