実

令和5年度 岩手県認知症介護実践者研修受講申込書

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５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
※　管理者研修および計画作成担当者研修を今年度受講する方は、実践者研修【第１期】を受講してください。

☑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。

申込締切：令和５年５月 12 日(金)消印有効