



令和6年度 岩手県認知症介護実践リーダー研修受講申込書

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☑) | <input type="checkbox"/> 1 介護老人福祉施設 <input type="checkbox"/> 2 介護老人保健施設 <input type="checkbox"/> 3 介護療養型医療施設・介護医療院 <input type="checkbox"/> 4 訪問介護 <input type="checkbox"/> 5 通所介護 <input type="checkbox"/> 6 通所リハビリテーション <input type="checkbox"/> 7 短期入所生活介護 <input type="checkbox"/> 8 特定施設入居者生活介護 <input type="checkbox"/> 9 地域密着型通所介護 <input type="checkbox"/> 10 認知症対応型通所介護 <input type="checkbox"/> 11 小規模多機能型居宅介護 <input type="checkbox"/> 12 認知症対応型共同生活介護 <input type="checkbox"/> 13 地域密着型特定施設入居者生活介護 <input type="checkbox"/> 14 地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護 <input type="checkbox"/> 15 看護小規模多機能型居宅介護 <input type="checkbox"/> 16 その他() | | | | | | | | | | | | | |

| | | | | |
|-----------------------|--|------|---|--|
| ふりがな | | 性別 | <input type="checkbox"/> 男 ・ <input type="checkbox"/> 女 | |
| 受講希望者 氏名 | | 生年月日 | □昭和・□平成 年 月 日 | |
| 職名 | | 保有資格 | <input type="checkbox"/> 介護福祉士 ※登録証の写しを添付してください <input type="checkbox"/> その他 () | |
| 介護実務経験 (令和6年4月末現在) | 通 算 : 年 月 ※ 通算5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。 (うち実践者研修修了後: 年 月) | | | |
| 認知症介護実践者研修 修了年月日 | 修了証書番号【第 号】 □平成・□令和 年 月 日 ※ 修了証書の写しを必ず添付してください。 | | | |

※ 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】 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。 <input type="checkbox"/> 指定要件(認知症対応型共同生活介護事業所の短期利用)に係る申込み →利用開始時期: 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。 |

(裏面もあります)

申込締切: 令和6年5月13日(月)消印有効

【確認2】

介護福祉士登録後の介護実務経験について記入してください。 ※資格保有者は記入必須

| 事業所名 ※新しい勤務先から順に10年分を記入 | | 事業所種別 (1ページ目★の 分類番号) | 介護実務経験期間 | |
|-----------------------------------|--|----------------------------|-----------------------------------|------|
| ① | | | 年 月 日～ 年 月 日 | 年 ヶ月 |
| ② | | | 年 月 日～ 年 月 日 | 年 ヶ月 |
| ③ | | | 年 月 日～ 年 月 日 | 年 ヶ月 |
| ④ | | | 年 月 日～ 年 月 日 | 年 ヶ月 |
| ⑤ | | | 年 月 日～ 年 月 日 | 年 ヶ月 |
| ⑥ | | | 年 月 日～ 年 月 日 | 年 ヶ月 |
| ⑦ | | | 年 月 日～ 年 月 日 | 年 ヶ月 |
| ⑧ | | | 年 月 日～ 年 月 日 | 年 ヶ月 |
| ⑨ | | | 年 月 日～ 年 月 日 | 年 ヶ月 |
| ⑩ | | | 年 月 日～ 年 月 日 | 年 ヶ月 |
| 介護福祉士の登録日 _____年 _____月 _____日 | | | 合計 _____年 _____ヶ月 (合計 _____日間) | |

※ 認知症介護実践者研修未修了の方は介護福祉士の登録後、10年以上かつ1,800日以上介護実務経験が必要です。

※ 産休・育休・病休、その他の理由により直接介護業務に従事していない日数は、介護実務経験期間の合計日数に含みません。

申込締切：令和6年5月13日(月)消印有効