

## 令和6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☑)	<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	<input type="checkbox"/> 昭和・ <input type="checkbox"/> 平成 年 月 日																
職名		保有資格																	
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○で囲んでください。																		
介護実務経験 (令和6年4月末現在)	通 算 : 年 月 ※ 通算2年以上の方が対象です。介護業務と (うち認知症介護実務経験: 年 月) 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

※ 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。

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6年5月13日(月)消印有効