**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**

**リ**

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 |  | 保有資格 | □介護福祉士 **※登録証の写しを添付してください**  □その他（　　　　　 ） | |
| 介護実務経験  (令和６年４月末現在) | 通　　　算　　：　　 年　 　ヶ月  (うち実践者研修修了後：　　 年　 　ヶ月) | | | ※　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。 |
| 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。 |
| □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）

【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 | |
|  |  |  | 年　 月　 日～  　　　年　 月　　日 | 年　　ヶ月 |
|  |  |  | 年　 月　 日～  　　　年　 月　　日 | 年　　ヶ月 |
|  |  |  | 年　 月　 日～  　年　 月　　日 | 年　　ヶ月 |
|  |  |  | 年　 月　 日～  　　　年　 月　　日 | 年　　ヶ月 |
|  |  |  | 年　 月　 日～  　　　年　 月　　日 | 年　　ヶ月 |
|  |  |  | 年　 月　 日～  　年　 月　　日 | 年　　ヶ月 |
|  |  |  | 年　 月　 日～  　年　 月　　日 | 年　　ヶ月 |
|  |  |  | 年　 月　 日～  　年　 月　　日 | 年　　ヶ月 |
|  |  |  | 年　 月　 日～  　　年　 月　　日 | 年　　ヶ月 |
|  |  |  | 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日以上の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。