



令和7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<br>番号 | 0 | 3 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 事業所住所           | 〒   | TEL       |   |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                 |   | FAX       |   |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 事業所種別<br>(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<br><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<br><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<br><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<br><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<br><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<br>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<br>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<br>(令和7年4月末現在) | 通 算 : 年 月 ※ 通算2年以上の方が対象です。介護業務と一体的に行われる看護業務を含みます。<br>(うち認知症介護実務経験: 年 月) |      |  |  |  |  |  |  |  |           |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 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。

|   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |   |  |  |  |  |   |  |  |  |  |
|---|--|--|--|--|--|--|--|--|--|---|--|--|--|--|---|--|--|--|--|
| <b>【確認1】 提出書類 ※ どちらか1つを提出してください。</b>  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |   |  |  |  |  |   |  |  |  |  |
| <input type="checkbox"/> 認知症介護基礎研修の修了証書(写し)   |  |  |  |  |  |  |  |  |  | <input type="checkbox"/> 基礎研修免除対象となる所有資格の証明書(写し)<br>(資格が複数ある場合、いずれか1つを添付して下さい。) |  |  |  |  |   |  |  |  |  |
| <b>【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。</b>                                  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |   |  |  |  |  |   |  |  |  |  |
| <input type="checkbox"/> 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                                    |  |  |  |  |  |  |  |  |  |   |  |  |  |  | ☑がある場合は、必ずご記入ください。<br>就任時期: 令和 年 月<br>事業所名: _____ |  |  |  |  |
| <input type="checkbox"/> 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                                    |  |  |  |  |  |  |  |  |  |   |  |  |  |  |   |  |  |  |  |
| <input type="checkbox"/> 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。  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |   |  |  |  |  |   |  |  |  |  |
| <b>【通信欄】</b> 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。<br>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。 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |   |  |  |  |  |   |  |  |  |  |

|        |    |    |
|--------|----|----|
| 事務局確認欄 | 管□ | 計□ |
|--------|----|----|

申込締切: 令和7年5月12日(月)消印有効