

令和7年度岩手県認知症介護実践者研修(第3期)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		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7年4月末現在)	通 算 : 年 ヶ月 ※ 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 ヶ月) 一体的に行われる看護業務を含みます。			
受講時期	第 3 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 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7年7月31日(木)消印有効