

令和7年度 認知症介護実践研修(実践リーダー研修) 受講申込書

公益財団法人岡山市ふれあい公社 理事長 様

標記について、下記のとおり受講を申し込みます。

研修申込者	申込日 令和 年 月 日
(法人名または事業所名) (法人の代表または事業所の長の役職名) (代表者氏名および代表者印) (印)	

研修受講希望者の所属する施設・事業所																					
名 称		介護保険事業所番号																			
		連絡担当者氏名																			
所在地	(〒 -)	電話番号																			
		ファックス番号																			
【所属のサービス事業所区分】 ※該当する項目にチェックをしてください。 <table><tr><td>☐ 介護老人福祉施設</td><td>☐ 介護老人保健施設(老健)</td><td>☐ 介護療養型医療施設</td></tr><tr><td>☐ 特定施設入居者生活介護</td><td>☐ 短期入所療養介護</td><td>☐ 訪問介護</td></tr><tr><td>☐ 通所介護</td><td>☐ 通所リハビリテーション</td><td>☐ 居宅介護支援</td></tr><tr><td>☐ 小規模多機能型居宅介護</td><td>☐ 認知症対応型通所介護</td><td>☐ 認知症対応型共同生活介護(グループホーム)</td></tr><tr><td>☐ 夜間対応型訪問介護</td><td>☐ 短期入所生活介護</td><td>☐ 訪問看護</td></tr><tr><td>☐ その他()</td><td></td><td></td></tr></table>				☐ 介護老人福祉施設	☐ 介護老人保健施設(老健)	☐ 介護療養型医療施設	☐ 特定施設入居者生活介護	☐ 短期入所療養介護	☐ 訪問介護	☐ 通所介護	☐ 通所リハビリテーション	☐ 居宅介護支援	☐ 小規模多機能型居宅介護	☐ 認知症対応型通所介護	☐ 認知症対応型共同生活介護(グループホーム)	☐ 夜間対応型訪問介護	☐ 短期入所生活介護	☐ 訪問看護	☐ その他()		
☐ 介護老人福祉施設	☐ 介護老人保健施設(老健)	☐ 介護療養型医療施設																			
☐ 特定施設入居者生活介護	☐ 短期入所療養介護	☐ 訪問介護																			
☐ 通所介護	☐ 通所リハビリテーション	☐ 居宅介護支援																			
☐ 小規模多機能型居宅介護	☐ 認知症対応型通所介護	☐ 認知症対応型共同生活介護(グループホーム)																			
☐ 夜間対応型訪問介護	☐ 短期入所生活介護	☐ 訪問看護																			
☐ その他()																					

研修受講希望者		施設・事業所における職種、役職等 ☐ 管理者・施設長 ☐ 計画作成担当者 ☐ サービス提供責任者 ☐ 介護主任 ☐ 介護副主任 ☐ フロアリーダー・ユニットリーダー ☐ 介護員(ケアワーカー) ☐ 主任相談員 ☐ 相談員 ☐ その他 ()	取得している資格 ※資格を証明する書類の添付は不要 ☐ 介護福祉士 ☐ 社会福祉士 ☐ 社会福祉主事 ☐ 訪問介護員 級 ☐ 看護師 ☐ 准看護師 ☐ 理学療法士 ☐ 作業療法士 ☐ 介護支援専門員 ☐ その他 ()
フリガナ 氏名	昭和 年 月 日 (満 歳) 平成		
生年月日			
【認知症介護実践者研修受講歴】 ※受講開始までに1年以上経過していることが必要です。(注1) ☐ 認知症介護実践研修(実践者研修) 修了 (修了日 年 月 日) ※必ず修了証書のコピーを添付してください。			

研修受講希望者の介護業務実務経験			受講目的	
施設・事業所名	職種・業務内容	介護に従事した年数	※該当する項目にチェックをしてください	
現事業所		年 月	☐ 指定認知症対応型共同生活介護事業所で、短期利用共同生活介護を実施するため	
		年 月	☐ 介護保険施設・グループホーム・特定施設入所者介護において、認知症ケア加算を予定しているため	
		年 月	☐ その他 (理由:)	
		年 月		
		年 月		
		年 月		
従事した合計年数 ※5年以上必要です(注2)		年 月	申込優先順位	
			番目 人中	

(注1、注2) 令和9年3月31日までは受講資格要件が緩和されています。緩和要件で受講される場合は別途お問合せください。
※ 応募多数の場合は選考により決定します。また、応募少数の場合は開講しない場合がありますのでご了承ください。
※ この申込書の個人情報は、県への事業報告及び実施状況報告、講座運営上必要な資料作成(名簿、名札等)、ご連絡、利用統計、新規開設講座のご案内、講座講師への情報提供、地方公共団体が法令の定める事務を遂行することに対し協力する必要がある場合の情報提供に利用させていただきます。

- **自施設実習に対する体制について（この欄は申込者〔所属長〕がご記入ください。）**
この研修では実習があり、効果的な研修実施のためには、所属長や職場の理解と協力がが必要です。

- ① 研修期間中（特に自施設・事業所実習）、職場においてどのような協力体制をお考えですか？
- ② 所属長として受講生に期待すること、この研修を職場にどう生かしたいか等ご記入ください。

- **認知症の人の支援の取組について（この欄は受講希望者がご記入ください。）**

- ① 職場のリーダーとして、これまでどのようなことに取り組まれてきましたか。
それぞれの役割や基本の方針などを具体的にご記入ください。
- ② 事業所内で、認知症介護をリーダーとして困難なことがあれば書いてください。
また、今後どのような取組をしたいとお考えですか。

■ **領収書発行先**

本人・その他 名称（
※領収書は初日にお渡しいたします。一旦発行された領収書の再発行はできません。名称等ご注意ください。

■ **受講時の交通手段（該当する項目にチェックをしてください）**

- | | | |
|--------------------------------|------------------------------|--|
| ☐ 車 | ☐ バイク | ☐ 公共交通機関（電車・バス） |
| ☐ 乗り合わせ | ☐ 自転車 | ☐ その他 |

■ **【受講者が記入してください】 内容確認、自署欄**

認知症介護実践研修(実践者研修) 受講申込書の内容に相違ありません (自署) _____