

# 令和8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。

<b>研修申込者</b>	申込日 令和 8 年 5 月 12 日
(法人名または事業所名)	社会福祉法人岡山触合
(法人の代表または事業所の長の役職名)	理事長
(代表者氏名および代表者印)	触合 太郎 <span style="border: 1px solid red; padding: 2px;">印</span>

研修受講希望者の所属する施設・事業所			
名称	社会福祉法人おかやま触合	介護保険事業所番号	00001111
	特別養護老人ホームふれあい	連絡担当者氏名	触合 幸子
所在地	(〒702-8002)	電話番号	086-274-5151
	岡山市中区桑野715-2	ファックス番号	086-274-5200
<b>【所属のサービス事業所区分】</b> ※該当する項目にチェックをしてください。			
<input checked="" type="checkbox"/> 介護老人福祉施設 <input type="checkbox"/> 介護老人保健施設(老健) <input type="checkbox"/> 介護療養型医療施設 <input type="checkbox"/> 特定施設入居者生活介護 <input type="checkbox"/> 短期入所療養介護 <input type="checkbox"/> 訪問介護 <input type="checkbox"/> 通所介護 <input type="checkbox"/> 通所リハビリテーション <input type="checkbox"/> 居宅介護支援 <input type="checkbox"/> 小規模多機能型居宅介護 <input type="checkbox"/> 認知症対応型通所介護 <input type="checkbox"/> 認知症対応型共同生活介護(グループホーム) <input type="checkbox"/> 夜間対応型訪問介護 <input type="checkbox"/> 短期入所生活介護 <input type="checkbox"/> 訪問看護 <input type="checkbox"/> その他( )			

研修受講希望者			
フリガナ	オカヤマ ハナコ	施設・事業所における 職種、役職等	取得している資格 <small>※資格を証明する書類の添付は不要</small>
氏名	岡山 花子		
生年月日	昭和 2 年 7 月 7 日 (満33歳) 平成	<input type="checkbox"/> 管理者・施設長 <input type="checkbox"/> 計画作成担当者 <input checked="" type="checkbox"/> サービス提供責任者 <input type="checkbox"/> 介護主任 <input type="checkbox"/> 介護副主任 <input type="checkbox"/> フロアリーダー・ユニットリーダー <input type="checkbox"/> 介護員(ケアワーカー) <input type="checkbox"/> 主任相談員 <input type="checkbox"/> 相談員 <input type="checkbox"/> その他 ( )	<input checked="" type="checkbox"/> 介護福祉士 <input type="checkbox"/> 社会福祉士 <input type="checkbox"/> 社会福祉主事 <input type="checkbox"/> 訪問介護員 級 <input type="checkbox"/> 看護師 <input type="checkbox"/> 准看護師 <input type="checkbox"/> 理学療法士 <input type="checkbox"/> 作業療法士 <input type="checkbox"/> 介護支援専門員 <input type="checkbox"/> その他 ( )
<b>【認知症介護実践者研修受講歴】</b> <small>※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)</small> <input type="checkbox"/> 認知症介護実践研修(実践者研修) 修了 (修了日 2018年 7月 27日)  <small>※必ず修了証書のコピーを添付してください。</small>			

研修受講希望者の介護業務実務経験		
施設・事業所名	職種・業務内容	介護に従事した年数
ふれあいデイサービスセンター		3 年 4 月 年 月 年 月 年 月 年 月 年 月
現事業所		2 年 2 月
<b>従事した合計年数</b> ※5年以上必要です(注2)		5 年 6 月

受講目的
<small>※該当する項目にチェックをしてください</small> <input type="checkbox"/> 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 <input checked="" type="checkbox"/> 介護保険施設・グループホーム・特定施設入居者介護において、認知症ケア加算を予定しているため <input type="checkbox"/> その他 (理由: )
申込優先順位
2 番目 3 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

■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とが必要です。

- 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？

※所属長が記入してください

- 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。

※所属長が記入してください

■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。

※受講希望者が記入してください

- 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。

※受講希望者が記入してください

■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）

- |                                |   |  |
|--------------------------------|---|--|
| <input type="checkbox"/> 車     | <input type="checkbox"/> バイク            | <input type="checkbox"/> 公共交通機関（電車・バス） |
| <input type="checkbox"/> 乗り合わせ | <input checked="" type="checkbox"/> 自転車 | <input type="checkbox"/> 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) \_\_\_\_\_