リ

記入例　■茨城県認知症介護実践リーダー研修 受講申込書■

ふりがな	みと　うめお	性　別	(1) 男　2 女
氏　名	水戸　梅雄	生年月日	(昭和)・平成　52 年　△月　○日
自宅住所	〒 310-0352 水戸市笠原町 10△-234	電話番号	(090 - 1111 - △△○○)
受講するPCのアドレス	※記入必須　Iba3344_kaigo@△△net.jp　○高さを揃えてご記入ください。 ※I は大文字　数字の後はアンダーバー　など　わかりやすく書いてください。		

氏名と生年月日は修了証に←印刷されます。間違いのないよう記入願います。

←こちらは、ご自宅と連絡番号を記載。下段のアドレスは、研修受講予定の**職場のアドレス**を記入願います.

勤務先	法人名 施設名	(社会福祉法人　しあわせ会　) (特別養護老人ホーム　しあわせ城里)	職　種	介護職
	所在地	〒 311－○○○○　受講決定通知送付先 東茨城郡城里町○○600－△△	電　話 F A X	(029 - 288 - 123△) (029 - 288 - 123○)

事業所形態	■ 特別養護老人ホーム　□ 介護老人保健施設　□ 通所介護　□ 訪問介護 □ グループホーム　□ 小規模多機能型居宅介護　□ その他（　　）
研修を受講する目的（具体的に）	・介護のチーム力の向上。自らもスキルアップし、信頼されるリーダーになるためには？を得たい。 ・ケアマネジャーとして研鑽を積んできたが、更に認知症利用者の潜在能力を引き出すマネジメントを学びたい。 ・家族支援の様々な方法を聞き、今後に活かしたい。
認知症介護実践者研修（または実務者研修基礎課程）の受講の有無 ※修了証書の写しを添付してください。	1 履修の有無　(有)・無 2 修了年月日　平成 23 年　6 月　13 日 3 修了証番号　第　11－2○○　号
指定認知症対応型共同生活介護事業所において、短期利用共同生活介護を行う予定の有無	1 予定の有無　有・(無)・既に実施している 2 短期利用共同生活介護の開設年月 年　月　日

認知症介護の実務経験

勤務先	職種・役職	従事期間（R6.9.30 現在で記入）
グループホーム　やよい		昭和・[平成]・令和　17 年　4 月　1 日～　昭和・[平成]・令和　18 年　3 月　31 日　(1 年 0 ヶ月間)
特別養護老人ホーム　ゆめ		昭和・[平成]・令和　19 年　10 月　15 日～　昭和・[平成]・令和　27 年　7 月　31 日　(7 年 9 ヶ月間)
特別養護老人ホーム しあわせ城里		昭和・[平成]・令和　27 年　8 月　1 日～　昭和・平成・[令和]　6 年 9 月 30 日　現在　(8 年 2 ヶ月間)
		昭和・平成・令和　年　月　日～　昭和・平成・令和　年　月　日　(　年　ヶ月間)
		認知症介護の実務経験　：　計　18 年　5 ヶ月間

高齢者福祉に関する資格

資格の名称	取得年月日
介護福祉士	昭和・[平成]・令和 16 年　3 月　21 日
介護支援専門員	昭和・[平成]・令和 27 年　4 月　14 日
	昭和・平成・令和　年　月　日

【認知症加算ケアチェック用（関係のない事業所は記入不要です)】
利用者総数（　40　）人、うち日常生活自立度Ⅲ以上（　30 人、　75　%）
加算に必要となる実践リーダー研修（旧専門研修課程含む）修了者数（　2　人）

上記のとおり申し込みます。

令和６年　10 月　５日　申込者（受講者）氏名　水戸　梅雄　【自筆サイン】

上記の者を研修の受講生として推薦します。
令和６年　10 月　６日法人名、事業所名　社会福祉法人しあわせ会　特別養護老人ホームしあわせ城里
および所属長氏名　徳川　宗也　【自筆サイン】

※この申込みに関する連絡先
事業所名　しあわせ　城里　担当者　事務　寿田　電話番号　029- 288- 123△