

記入例

茨城県認知症介護実践者研修 受講申込書

楷書で丁寧に記入を

ふりがな	まるの まるこ	性別	1 男 ② 女	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 記入してください。	
氏名	○ 野 ○ 子	生年月日	昭和・平成 55年1月23日		
自宅住所	〒300-0000 〇〇市〇〇町5-9-63 〇〇ヒルズ〇〇号	電話番号	090 - 123 - ××××	←こちらは、ご自宅住所と電話番号 を記入。	
受講するPCの アドレス	記入必須 (携帯は不可) lba3344_kaigo@△△net.jp	分かりやすく、高さを揃えて ※Iは、大文字、数字の後は、アンダーバーです。		←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 (社会福祉法人〇〇会)	職種名	例：介護職 生活相談員など		
	施設名 (グループホーム〇〇園)				
所在地	〒300-0011 ××市××ヶ谷464-9	電話番号	029 - 123 - ××××	FAX 番号	029 - 987 - 〇〇〇〇
事業所形態	<input checked="" type="checkbox"/> グループホーム <input type="checkbox"/> 小規模多機能型居宅介護 <input type="checkbox"/> 看護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"/> 特別養護老人ホーム <input type="checkbox"/> 介護老人保健施設 <input type="checkbox"/> 通所介護・通所リハビリ <input type="checkbox"/> その他()				
受講目的	1 指定(介護予防)認知症対応型共同生活介護事業所(グループホーム)を開設予定のため(☆) 2 指定(介護予防)小規模多機能型居宅介護事業所・指定看護小規模多機能型居宅介護事業所を開設予定のため(☆) 3 指定(介護予防)認知症対応型通所介護事業所を開設予定のため(☆) 4 施設のユニット増設により管理者を追加するため(☆) ⑤ 施設の管理者・計画作成担当者を変更するため(★) 6 上記以外の目的(リーダー研修受講予定・スキルアップ・その他) ※ 6は、具体的な受講目的を後ろの頁 別紙③に記入 (☆) 受講目的が1~4の方は、以下もすべて記入して下さい。 ア 開設の予定時期 令和 年 月 日頃 イ 事業者指定申請の予定 令和 年 月 日頃 ウ 施設の名称 _____ エ 施設の住所 _____ オ 予定役職 1 管理者 2 計画作成担当者 3 管理者兼計画作成担当者 4 その他 カ 予定ユニット数 現在 _____ ユニットから _____ ユニットへ ユニット増設の時期(令和 年 月 ~) 必ず記入を キ 受講予定者以外の有資格者の確保状況 1 現時点で予定なし 2 採用・異動予定あり：管理者 名、計画作成担当者 名 二重線を必ず記入 ク 管轄市町村への相談 未・済 (年 月) (★) 受講目的が5の方は、以下もすべて記入して下さい。 ア 受講予定者の変更後の役職 ①. 管理者 2. 計画作成担当者 3. 管理者兼計画作成担当者 イ 変更時期 令和 6年 12月 1 日頃・未定 ※変更時期もしくは時期未定であるかを必ず記入願います。 ウ 変更の理由 退職 異動 増員 その他 () エ 前任者の役職 管理者 前任者の氏名 筑波 那珂男 この2行も記載を オ 申込書の提出時における事業所の職員の配置数 受講予定者以外の管理者 1人・計画作成担当者 1人 カ 市町村への報告・相談 未・済 (令和6年2月頃)				
職場実習を実施する予定の施設	① 現在勤務先の施設 2 その他の施設(施設名：)				
認知症介護の実務経験	勤務先	職種・役職	従事期間(令和6年9月30日現在で計算を)		
	グループホーム〇〇の谷	介護職	昭和・平成・令和 昭和・平成・令和 21年4月1日~ 26年9月30日 (5年6ヶ月間)		
	グループホーム〇〇園	計画作成担当者	昭和・平成・令和 昭和・平成・令和 26年10月1日~ 6年5月31日現在 (10年6ヶ月間)		
職歴が多い方は、1行に2箇所記入を。			昭和・平成・令和 昭和・平成・令和 年 月 日~ 年 月 日 (年 ヶ月間)		
9月30日現在で記入を→			※ 認知症介護の実務経験： 計 16年 0ヶ月間		
認知症基礎研修の修了番号・修了年月日		茨城県からの付与番号 仙台センターからの付与番号、修了証交付日など			
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 19年9月1日		
	介護支援専門員		昭和・平成・令和 25年3月1日		
上記の無資格の方は基礎研修を受講してください。		昭和・平成・令和 年 月 日			
<input checked="" type="checkbox"/> 上記の 令和6年6月12日 申込者(受講者)氏名 <input checked="" type="checkbox"/> 上記の者を研修の受講生として推薦します。 <input checked="" type="checkbox"/> 令和6年6月13日 法人・事業所名、所属長氏、社会福祉法人〇〇会 グループホーム〇〇園 理事長 〇沢 〇枝 【自筆フルネームサイン】		〇野 〇子 【自筆フルネームサイン】			
※この申込みに関する連絡先 事業所名 グループホーム〇〇園 担当者 事務 〇山 電話番号 029 - 123 - ××××					

★ 1か2
を選ぶ。多
くの方が空
欄です。

※ 必ず記載してください。
・受講要件(実務経験2年以上)を満
たさない場合、原則として受講できません
ので御注意ください。

