令和７年度愛媛県認知症介護実践リーダー研修　受講申込書

|  |  |
| --- | --- |
| 施設・事業所の種類 | 特別養護老人ホーム・老人保健施設・介護医療院・訪問介護・訪問看護・通所介護　・通所リハ・認知症対応型通所介護・認知症対応型共同生活介護・小規模多機能型居宅介護・看護小規模多機能型居宅介護・その他（　　　　　　） |
| 施設・事業所の所在地 | 〒　　　－　　 |
| 施設・事業所の名称（注１） |  | 事業者番号（10桁） |  |
| 事業所の指定日 | 　　年　　月　　日（認知症対応型共同生活介護事業所の場合は初めて指定を受けた日） |
| 代表者　職・氏名 | 　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 |

下記職員について、実践リーダー研修の受講を申し込みます。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| フリガナ |  | 性別 | 男 ： 女　（いずれかに○） |
| 氏名 |  |
| 生年月日 | Ｓ ・ Ｈ　　　年　　　月　　　日 |
| 現在の職種 | ※現に従事している職種（介護職員、看護職員、管理者、計画作成担当者等）を記入してください。 |
| 研修修了状況 | 痴呆介護実務者研修（基礎）・認知症介護実践者研修　　　　　年　　月　　日修了**※必ず修了証書の写しを添付してください。** |
| 実務経験年数（注２） | 合計　　　年　　か月※５年以上の介護等の実務経験について、過去の勤務先を含めて記入してください。 | 否決となった場合、　決定者の辞退等による繰り上げ受講の希望 | □希望する□希望しない |
| 施設･事業所名（注１） | 実務経験期間・業務内容 | 年月数 |
|  | 　　　年　 月～　 年　月（　　　　　　　　　　　　　） | 年　か月 |
|  | 　　　年　 月～　 年　月（　　　　　　　　　　　　　） | 年　か月 |
|  | 　　　年　 月～　 年　月（　　　　　　　　　　　　　） | 年　か月 |
| （記載例）ｸﾞﾙｰﾌﾟﾎｰﾑEHIME | 平成17年 4月～31年 6月 （　　　　介護業務　　　　　） | 14年2か月 |
| 介護福祉士資格の取得状況（開催要項６の※記載の受講要件の特例を受ける場合のみ記載ください。） | 資格取得年月日：　　　年　　月　　日**※必ず資格証の写しを添付してください。** |
|  |
| 事業所内の認知症介護実践研修**（実践リーダー研修）**修了者一覧（現在在職している者をもれなく記入：平成１３年度～平成１６年度に実施した旧専門課程修了者も含む） |
| 氏　　名 | 修 了 年 月 日 | 氏　　名 | 修 了 年 月 日 |
|  | 　　　　年　　月　　日 |  | 　　　　年　　月　　日 |
|  | 　　　　年　　月　　日 |  | 　　　　年　　月　　日 |
|  |
| 【認知症専門ケア加算チェック用（関係のない事業所は記入不要です）】　　　利用者総数（　　　　　）人、うち日常生活自立度Ⅲ以上（　　　　人、　　　％）　　　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（　　　人） |
|  |
| 記入担当者 | (職) |  | (氏名) |  |
| 連　絡　先 | 電話　　　　　　　　　E-mail　　　　　　　　　　　　　ＦＡＸ　　　　　　　　　 |

（注１）法人名ではなく、施設・事業所名を記載してください。

（注２）実務経験については、介護保険施設（特別養護老人ホーム、介護老人保健施設、介護療養型医療施設又は介護医療院）、訪問介護事業、訪問看護事業、通所介護事業、通所リハビリテーション事業、認知症対応型共同生活介護事業等における介護等の実務経験が対象となります（直近の概ね５年以上の経験について記載すること）。