

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

実

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	←こちらは、ご自宅住所と電話番号を記入。	
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 - ××××	←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。	
受講するPCのアドレス	記入必須 (携帯不可) lba3344_kaigo@Δnet.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。	
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 - ××××
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				
※要チェック	<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				
★ 1か2を選ぶ。多くの方が空欄です。	(☆) 受講目的が1~4の方は、以下もすべて記入して下さい。		(★) 受講目的が5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	ア 受講予定者の変更後の役職	①. 管理者	
イ 事業者指定申請の予定	令和 年 月 日頃	イ 変更時期	令和 7年 12月 1日頃・未定		
ウ 施設の名称		ウ 変更の理由	退職 異動 増員		
エ 施設の住所		エ 前任者の役職	管理者		
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	オ 前任者の氏名	筑波 那珂男 この2行も記載を		
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	カ 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		
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	カ 市町村への報告・相談	未・済 (年 月)		
ク 管轄市町村への相談	未・済 (年 月)	カ 市町村への報告・相談	未・済 (令和7年4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7年6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 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 26年 10月 1日~ 7年 6月 30日現在 (10年9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 年 月 日~ 昭和・平成・令和 年 月 日 (年 ヶ月間)		
6月30日現在で記入を→		※ 認知症介護の実務経験: 計 16年 3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	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		
	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		
上記のとおり		令和7年6月16日 申込者(受講者)氏名 ○野 ○子 【自筆フルネームサイン】			
上記の者を研修の受講生として推薦します。		令和7年6月17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 ○沢 ○枝 【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		担当者		電話番号	
グループホーム〇〇園		事務 ○山		029 - 123 - ××××	