

記入例

茨城県認知症対応型サービス事業管理者研修 受講申込書

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 55 年 1 月 23 日 平成		
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	090-1111-□□11	←左記に、ご自分の住所・連絡先 の TEL を記入。	
受講する PC の アドレス	記入必須（職場のアドレス） Kaigo_123@△△.co.jp	分かりやすく、高さを揃えて ※Kは大文字 数字の前はアンダーバーです←必要な時は記載		←研修で使用する職場の PC の アドレスを記入。	
勤務先	法人名 施設名 社会福祉法人〇〇会 グループホーム〇〇園	職種名	計画作成担当者		
所在地	〒300-0011 ××市××ヶ谷494-9	電話 番 号	029 - 123 - 〇〇〇〇	FAX 番 号	029 - △△△- 6543
事業 所形 態	☒ グループホーム ☐ 小規模多機能型居宅介護 ☐ 看護小規模多機能型居宅介護 ☐ 認知症対応型通所介護 ☐ 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 施設の管理者を変更するため（★） 5 既に管理者であるが、研修を未受講のため（管理者就任： 年 月）前任者氏名： _____ 6 上記以外の目的（ ） ※具体的な受講目的を必ず記入してください。				
(☆) 受講目的が1～3の方は、以下もすべて記入して下さい。 ア 開設の予定 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 開設予定住所 _____ オ 予定役職 1 管理者 2 管理者兼計画作成担当者 3 その他 () カ 増設ユニット数 _____ ユニット→ _____ ユニットへ キ 管轄市町村への相談 未・済 (年 月) 済の場合→ 1 同意を得ている 2 相談中			(★) 受講目的が4の方は、以下もすべて記入して下さい。 ア 変更時期 令和7年 12月 1 日頃・未定 イ 変更役職 1 管理者 ② 管理者兼計画作成担当者 3 その他 () ウ 前任者の役職・氏名 管理者 △田 △美 エ 変更の理由 前任者退職のため ※上記2行も記入 オ 市町村への報告・相談 未・済 (R7年3月頃)		
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			有 (平成・令和 28 年度 第 1 回) ・ 無		
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 5月31日現在)		
	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 24年 1月 1日～ 27年 9月 30日 (3年 9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 27年 10月 15日～ 7年 5月 31日現在 (9年 7ヶ月間)		
			昭和・平成・令和 昭和・平成・令和 年 月 日～ 年 月 日 (年 ヶ月間)		
			昭和・平成・令和 昭和・平成・令和 年 月 日～ 年 月 日 (年 ヶ月間)		
右は、令和7年5月31日現在で記入を→			認知症介護の実務経験 : 計 13年 4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 20年 9月 1日		
	介護支援専門員		昭和・平成・令和 28年 3月 1日		
			昭和・平成・令和 年 月 日		

上記のとおり申し込みます。

令和7年 6月 10日 申込者（受講者）氏名

○ 野 ○ 子 【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7年 6月 11日 法人・事業所名
および所属長氏名社会福祉法人〇〇会
理事長 ○ 沢 ○ 枝

【自筆サイン】

※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：○山

電話番号 029-123-〇〇〇〇