

<記入例>

様式 1-2 号 (第 5 条関係)

(※裏面もあります)

平成 ○○年△△月○日

北九州市長 様

申込者 〒800-0000
 住所: 北九州市戸畑区○○一丁目△△一〇
 法人名: 社会福祉法人 △△会
 事業所名: 特別養護老人ホーム □□苑
 代表者名: 理事長 □□ ○○
 電話番号: 093-000-0000
 担当者名: 小倉 洋子

代表者の職印を使用してください。
 忘れずに担当者も記入してください。



平成 年度 認知症介護実践リーダー研修受講申込書

※修了証書作成のため、氏名は楷書で、はっきりと記載して下さい。(「高」を「高」など略さないでください。)

フリガナ	ケンシュウ エミコ	生年	<input checked="" type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 □□年 ○月△△日 <input type="checkbox"/> 西暦
受講希望者氏名	研修 恵美子	年月日	
認知症介護実践者研修 (旧基礎課程) 修了年月日		平成○○年 □月△△日	
職種 ※該当するもの全てに チェックしてください	<input checked="" type="checkbox"/> 介護職員 <input type="checkbox"/> 管理者 <input type="checkbox"/> サ <input type="checkbox"/> 計画作成担当者 <input type="checkbox"/> 介護支援専門員 <input type="checkbox"/> 生活 <input type="checkbox"/> 代表者 <input type="checkbox"/> その他 ()		
資格 ※該当するもの全てに チェックしてください	<input type="checkbox"/> 医師 <input type="checkbox"/> 看護師・准看護師 <input checked="" type="checkbox"/> 社会福祉士 <input checked="" type="checkbox"/> 介護福祉士 <input checked="" type="checkbox"/> 訪問介護員 (ヘルパー 2級) <input checked="" type="checkbox"/> 介護支援専門員 <input type="checkbox"/> その他 ()		
サービス種別	<input checked="" type="checkbox"/> 介護老人福祉施設 <input type="checkbox"/> 介護老人保健施設 <input type="checkbox"/> 介護療養型医療施設 <input type="checkbox"/> 訪問介護 <input type="checkbox"/> 訪問看護 <input type="checkbox"/> 通所介護 <input type="checkbox"/> 地域密着型通所介護 <input type="checkbox"/> 通所リハビリター <input type="checkbox"/> 短期入所生活介護 <input type="checkbox"/> 短期入所療養介護 <input type="checkbox"/> 居宅介護支援 <input type="checkbox"/> 特定施設入居者生活介護 <input type="checkbox"/> 認知症対応型通所介護 <input type="checkbox"/> 認知症対応型 <input type="checkbox"/> 小規模多機能型居宅介護 <input type="checkbox"/> その他 ()		
介護保険施設・事業所 等 従事年数	12年 5ヶ月	※基準日: 平成29年9月1日 ※介護保険施設・事業所等に所属し、従事した通算 年数を記入 ※裏面に従事履歴を記入 (現事業所も含む)	

裏面の「**従事期間**」の合計と一致するように記入してください。

現在の職種に
チェックしてくだ
さい。

実践者研
修の修了
証書年月
日記入し
てくださ
い。

現在勤務している
サービス種別にチェ
ックしてください。

※認知症介護実践者研修 (旧基礎課程) 修了証書の写しを必ず添付してください。

上記に掲載された個人情報、本研修実施に関する目的以外での利用はいたしません。

裏面

受講希望者氏名 研修 恵美子

従事履歴については、
正確に記入してください。

介護保険施設・事業所等の従事履歴（現事業所等も含む）			
所属事業所 （所在区）	従事期間	通算期間	職務内容
（ ）	年 月～ 年 月	年 ヶ月	
デイサービス ○○ （ 北九州市小倉南区 ）	17年 4月～18年 3月	1年 0ヶ月	介護職員
グループホーム △△ （ 北九州市小倉南区 ）	18年 4月～20年 3月	2年 0ヶ月	介護職員
介護老人保健施設 ○○ （ 北九州市八幡東区 ）	20年 4月～23年 3月	3年 0ヶ月	介護職員・介護支 援専門員兼務
特別養護老人ホーム □□苑 （ 北九州市戸畑区 ）	23年 4月～25年 3月	2年 0ヶ月	介護支援専門員
特別養護老人ホーム □□苑 （ 北九州市戸畑区 ）	25年 4月～29年 8月	4年 5ヶ月	介護主任
介護保険施設・事業所等 従事期間 の合計 （※育休期間等、実務に従事していない期間は除いてください）		12年 5ヶ月	

表面の「**従事年数**」の合計
と一致するように記入してく
ださい。

認知症介護実践リーダー研修受講希望理由<受講の優先度を考慮するため必ずご記入ください。>

※研修申込みに至った理由を必ず
記入してください。

上記に掲載された個人情報、本研修実施に関する目的以外での利用はいたしません。