

記入例 ■茨城県認知症介護実践リーダー研修 受講申込書■

ふりがな		みと うめお		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 記入願います。 ←こちらは、ご自宅と連絡番号を 記載。下段のアドレスは、研修受 講予定の職場のアドレスを記入 願います。		
氏 名		水戸 梅雄		生年月日		昭和・平成 52 年 △月 ○日				
自宅住所		〒 310-0352 水戸市笠原町 10△-234		電 話 番 号		(090- 1111 - △△○○)				
受講する PC のアド レス		※記入必須 Iba3344_kaigo@△△net.jp ※I は大文字 数字の後は、アンダーバー などわかりやすく。○高さを揃えて								
勤 務 先	法人名 施設名	(社会福祉法人 しあわせ会) (特別養護老人ホーム しあわせ城里)				職 種		介護職		
	所在地	〒 311-○○○○ 東茨城郡城里町○○600-△△				電 話 F A X		(029 - 288 - 123△) (029 - 288 - 123○)		
事 業 所 形 態		■ 特別養護老人ホーム □ 介護老人保健施設 □ 通所介護 □ 訪問介護 □ グループホーム □ 小規模多機能型居宅介護 □ その他 ()								
研修を受講する目的 (具体的に)		・介護のチーム力の向上。自らもスキルアップし、信頼されるリーダーになるためには？を得たい。 ・ケアマネジャーとして研鑽を積んできたが、更に認知症利用者の潜在能力を引き出すマネジメントを 学びたい。 ・家族支援の様々な方法を聞き、今後に活かしたい。								
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 ※修了証書の写しを添付してください。						1 履修の有無 ① ・ 無 2 修了年月日 平成 23 年 6 月 13 日 3 修了証番号 第 11-200 号				
指定認知症対応型共同生活介護事業所において、短期利用共同生活介 護を行う予定の有無						1 予定の有無 有 ・ 無 ・ 既に実施している 2 短期利用共同生活介護の開設年月 年 月 日				
認 知 症 介 護 の 実 務 経 験	勤 務 先		職種・役職		従 事 期 間 (R7.9.30 現在で記入)					
	グループホーム やよい				昭和・平成・令和 昭和・平成・令和 17 年 4 月 1 日～ 18 年 3 月 31 日 (1 年 0 ヶ月間)					
	特別養護老人ホーム ゆめ				昭和・平成・令和 昭和・平成・令和 19 年 10 月 15 日～ 27 年 7 月 31 日 (7 年 9 ヶ月間)					
	特別養護老人ホーム しあわせ城里				昭和・平成・令和 昭和・平成・令和 27 年 8 月 1 日～ 7 年 9 月 30 日 現在 (10 年 2 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)					
					認知症介護の実務経験 : 計 18 年 11 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 16 年 3 月 21 日				
	介護支援専門員					昭和・平成・令和 27 年 4 月 14 日				
					昭和・平成・令和 年 月 日					
【認知症加算ケアチェック用 (関係のない事業所は記入不要です)】 利用者総数 (40) 人、うち日常生活自立度Ⅲ以上 (30 人、 75 %) 加算に必要な実践リーダー研修 (旧専門研修課程含む) 修了者数 (2 人)										

上記のとおり申し込みます。
令和7年 10月 5日 申込者（受講者）氏名 水戸 梅雄 【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 10月 6日 法人名、事業所名 社会福祉法人しあわせ会 特別養護老人ホームしあわせ城里
おおよぶ所属長氏名 徳川 宗也 【自筆サイン】

※この申込みに関する連絡先			
事業所名	しあわせ 城里	担当者	事務 寿田
		電話番号	029- 288- 123△