

平成28年度京都府認知症介護実践者等養成研修
認知症介護実践リーダー研修 受講申込書

平成28年 月 日

法 人 名
代 表 者 印

事 業 所 名
管 理 者 印

平成28年度京都府認知症介護実践者等養成研修（認知症介護実践リーダー研修）について、
下記のとおり申し込みます。

記

受講者勤務先	事業所名 (サービス種別)	()	問い合わせ担当者名
	所在地		電 話 : F A X :

受講申込者		生 年 月 日		実務経験年数	現事業所での 勤続年数
(フリガナ) 氏名		昭和 年 月 日 平成		年 月 (申込日現在)	年 月 (申込日現在)
介護に係る 取得資格			職 位		
			職 種		
認知症介護実践者研修修了年度 (※修了後1年未満の者は研修対象外) 又は 基礎課程の修了年度		年度	修了証書番号	短期利用型GH 実施予定の有無	有 ・ 無

- * 提出書類一覧

- ・ 様式1（本紙）
 - ・ 様式2「受講申込者優先順位一覧表」（※1事業所から2名以上申込みの場合）
 - ・ 認知症介護実践者研修又は痴呆介護実務者研修（基礎課程）の修了証書（写し）
 - ・ 申込者1名につき1枚の返信用封筒（※長形3号（12cm×23.5cm）のもの）
（受講者勤務先の住所・事業所名・郵便番号等記載の上、92円切手を貼付）

- * 提出期限

平成28年6月3日（金）（当日消印有効）（※封筒に「実践リーダー研修 受講申込書」と記載し郵送）

- * 提出先

一般社団法人京都府老人福祉施設協議会 事務局
〒602-8143 京都市上京区猪熊通丸太町下る中之町519番地

※地域密着型サービス事業所は、事業所所在地の市町村介護保険担当課へ提出

※ 1事業所から2名以上申込む場合には、各研修の受講申込書に併せて提出願います。

平成28年度京都府認知症介護実践者等養成研修

受講申込者優先順位一覧表

研 修 名（※受講を希望する研修に○をつけてください。） 実 践 者 研 修 ・ 実践リーダー研修

法 人 名	
事 業 所 名	
サービス種別	

優 先 順 位	受 講 申 込 者 氏 名

**平成28年度京都府認知症介護実践者等養成研修
認知症介護実践リーダー研修 受講申込書**

平成28年 5月 18日

法人名 **社会福祉法人〇〇〇会**
代表者 **丹後 太郎** 印

※サービス種別

申込日現在で、申込者の所属事業所のサービス種別を記載してください。(次ページのサービス一覧を参照してください。)

事業所名 **特別養護老人ホーム洛央苑**
管理者 **中丹 次郎** 印

※受講申込者・生年月日

修了証書発行の際に必要な情報になりますので、研修（認知症介護実践リーダー研修）について、楷書で丁寧に記載してください。

記

受講者勤務先	事業所名 (サービス種別)	特別養護老人ホーム洛央苑 (介護老人福祉施設)	問い合わせ担当者名 南丹 花子
	所在地	〇〇市△△町4番地	電話：〇〇〇-〇〇〇〇 FAX：〇〇〇-●●●●

受講申込者		生 年 月 日		実務経験年数	現事業所での 勤続年数
(フリガナ) ヤマシロ 一郎 氏名 山城 一郎		昭和 平成 1 年 5 月 5 日		7 年 1 月 (申込日現在)	4 年 1 月 (申込日現在)
介護に係る 取得資格	介護支援専門員・介護福祉士		職 位	副リーダー	
			職 種	介護職員	
認知症介護実践者研修修了年度 (※修了後1年未満の者は研修対象外) 又は 基礎課程の修了年度		年度 2 4	修了証書番号 1 2 3	短期利用型GH 実施予定の有無	有 ・ 無

* 提出書類一覧

※実務経験年数

申込日時点で、介護保険サービス事業所において介護業務に直接従事した年数を記載してください。(事務職員や調理員など、介護業務に直接従事していない期間は含みません。)

※現事業所での勤続年数

申込日時点で所属している事業所の勤続年数を記載してください。

* 提出期

平成28年6月

※職位・職種

次ページを参考に、受講申込者の事業所での職位、職種を記載してください。

* 提出先

※短期利用型GH実施予定の有無

自事業所で短期利用型認知症対応型共同生活介護を実施する予定があるために、研修を申込み場合は「有」に丸をしてください。

※地域密着型サービス事業所は、事業所所在地の市町村介護保険担当課へ提出

* サービス一覧

居宅サービス

- ☐訪問介護 ☐訪問入浴介護 ☐訪問看護 ☐訪問リハビリテーション ☐居宅療養管理指導
- ☐通所介護 ☐通所リハビリテーション ☐短期入所生活介護 ☐短期入所療養介護
- ☐特定施設入居者生活介護 ☐福祉用具貸与 ☐特定福祉用具販売

地域密着型サービス

- ☐定期巡回・随時対応型訪問介護看護 ☐夜間対応型訪問介護 ☐地域密着型通所介護
- ☐認知症対応型通所介護 ☐小規模多機能型居宅介護
- ☐認知症対応型共同生活介護 ☐地域密着型特定施設入居者生活介護
- ☐地域密着型介護老人福祉施設 ☐看護小規模多機能型居宅介護（複合型サービス）

介護保険施設

- ☐介護老人福祉施設 ☐介護老人保健施設 ☐介護療養型医療施設

その他

- ☐居宅介護支援 ☐介護予防支援

※予防サービスに所属している場合は、本体サービスを記載してください。

（例）予防訪問介護事業所に所属 → 「訪問介護」と記載

* 職位

以下の記載例を参考に、受講申込者の所属事業所での職位を記載してください。

【記載例】

- ☐介護士 （介護に従事する者で、リーダー等管理職でない場合）
- ☐副リーダー （サブリーダーや副主任など、リーダーの補佐を担っている場合）
- ☐リーダー （ユニットリーダーやフロアリーダー、介護主任などを担っている場合）
- ☐管理者 （施設長など、事業所全体の統括を担っている場合）

* 職種

以下の選択肢の中から、受講申込者の職種を記載してください。

- ☐介護職員 ☐看護職員 ☐生活相談員 ☐介護支援専門員 ☐サービス提供責任者
- ☐管理者 ☐その他

※兼務をしている場合は、（例）のように記載してください。

（例）介護職員と生活相談員を兼務 → 介護職員兼生活相談員

※選択肢の中に該当する職種がない場合は、その他を選択し、下記のように記載してください。

（例）機能訓練指導員である場合 → その他（機能訓練指導員）