

(様式1)

特定非営利活動法人 NPO 社会福祉振興会

後援：南北海道グループホーム協会

令和2年度認知症介護実践研修（実践者研修）

実践者研修 受講依頼書

および実習生受入承諾書

令和 年 月 日

特定非営利活動法人 NPO 社会福祉振興会

理事長 加藤 和也 様

(法 人 名)

(法人代表者氏名)

印

次の職員について、特定非営利活動法人 NPO 社会福祉振興会令和2年度認知症介護実践者研修の受講を依頼します。

また、受講が決定した際には、他施設実習における実習生受け入れの依頼があった場合は、それを承諾致します。

職員氏名	所属施設・事業所名	職名

(様式2)

特定非営利活動法人 NPO 社会福祉振興会
 後援：南北海道グループホーム協会
 令和2年度認知症介護実践研修（実践者研修）

実践者研修 受講申込書

※記載漏れや誤りのないよう、必ず裏面の注意事項を御参照の上、御記入ください。

ふりがな				性 別	男 ・ 女		
氏 名		生年月日	昭和	年	月	日	
			平成				
職 名 (※1)							
法人名							
事業所名 ・施設名							
事業所・施設所在地 (※2)	〒						
開設年月 (※3)	年	月	TEL				
			FAX				
主な職歴 (現に勤務する事業所・施設での経験年数も含む。)	期 間	通算期間	勤 務 先		職 務 内 容		
	年 月～ 年 月	年 ヶ月					
	年 月～ 年 月	年 ヶ月					
	年 月～ 年 月	年 ヶ月					
	年 月～ 研修受講月	年 ヶ月					
<p>該当する方<u>どちらかにチェックし、チェックした方のみ</u>の合計年数を記入願います</p> <p><input type="checkbox"/> 認知症介護の経験年数（介護保険施設、認知症高齢者グループホーム、通所介護、訪問介護、通所リハビリテーションの事業所等において認知症介護業務に従事した年数）</p> <p><input type="checkbox"/> 居宅介護支援事業所等で居宅サービス計画等の作成に従事する介護支援専門員の、認知症の利用者に係る計画等作成の経験年数</p> <p style="text-align: center;">合 計 年 ヶ月 (研修受講月現在)</p>							
主な資格 (※4)	取 得 年 月	免 許 ・ 資 格					
	年 月						
	年 月						
	年 月						
受講理由 (※5)							

裏面へ続く

必ず全項目記載してください

【注意事項】

- ※1 上段には、介護主任等、現在の施設・事業所での職務内容がわかるように記載してください。
下段には、従事予定の職名と従事予定年月を記載してください。
- ※2 必ず受講者の所属する施設・事業所の住所を御記入ください。開設準備中の場合は、設立予定地を御記入ください。
- ※3 開設済みの施設・事業所は開設した年月を、今後開設が予定されている施設・事業所は開設予定年月を記入してください。

なお、別に連絡先を指定する場合は、下記に御記入ください。

住所	〒		連絡先 名 称		
電話		FAX		担当者	

- ※4 保健・医療・福祉に係る免許及び資格については、正式名称を御記入ください。
例：介護支援専門員、社会福祉士、介護福祉士、精神保健福祉士、保健師、看護師、准看護師、訪問介護員など
- ※5 受講理由」の欄には、受講を希望する理由・事情などを記入してください。

- ※その他 座席等に必ず配慮が必要な場合（お体に障がいがある等）がございましたらご記入ください。

--

(様式3)

特定非営利活動法人 NPO 社会福祉振興会
令和2年度認知症介護実践研修 (実践者研修)

実務経験証明書

令和 年 月 日

特定非営利活動法人 NPO 社会福祉振興会

理事長 加藤 和也 様

事業所等の

所在地及び名称

代表者名

(電話番号

)

下記どちらかにチェックの上、以下ご記入願います。

- 次の者は、以下のとおり認知症高齢者介護の実務経験を有することを証明します。
- 次の者は、以下のとおり居宅サービス計画等の作成に従事する介護支援専門員であって、認知症の利用者に係る計画等作成の経験を有することを証明します。

フリガナ	
氏 名	(昭和・平成 年 月 日生)
施設(事業)種類	(指定・許可等の日付 昭和・平成 年 月 日)
事業所名 又は施設名	
従事職種	
従事期間 (注2)	昭和・平成 年 月 日 ~ 昭和・平成 年 月 日まで
うち介護等の業務に 従事した年月 (注2)	年 月

注1 勤務した施設・事業所ごとに、その施設・事業所の長又は代表者が発行した実務経験証明書を提出してください。2 実務経験については、以下のどちらかが対象となります。 両方の経験年数は合算できません。

- 介護保険施設(特別養護老人ホーム、介護老人保健施設又は介護療養型医療施設)、訪問介護(ホームヘルプサービス)事業、訪問看護事業、通所介護(デイサービス)事業、通所リハビリテーション(デイケア)事業、認知症対応型共同生活介護(グループホーム)事業等における 認知症高齢者介護の実務経験
- 居宅介護支援事業所等で居宅サービス計画等の作成に従事する介護支援専門員の 認知症の利用者に係る計画等作成の経験

3 不実または錯誤した内容の記載をした場合は、修了を取り消すことがあります。

(様式5)

実践者研修 他施設実習 実習生受入日程調整表

他施設実習については、受講者の所属事業所間において実習を行います。

受講希望会場の下記の期間にて、他施設の実習生の受入をしていただきますのでご協力ください(受講生の所属事業所での受入が難しい場合、同法人の別事業所でも構いません)。

実習生受入の依頼があった場合の受入可能な日程について受入可能人数を御記入ください。

回答いただいた日程を確認後、他施設実習における実習生の調整をさせていただき、実習生が決まり次第御連絡をさせていただきます。また、受講決定通知時又は研修会場で各受講者に発表することとなりますので、受入事業所名、受入担当者、ご連絡先等もご記入ください。

※ 受講希望の会場の欄のみについて、実習生の受入れが可能な日に、受講お申込人数以上の受入可能な人数を御記入ください(開設前、開設後1年未満の場合はご記入不要です)。未記入・受入不可の場合は、受講していただけない場合がございます。

令和3年2月6日～2月12日の間をお願い致します。

日付	受入可能人数	日付	受入可能人数
月—日(—)	—人	月—日(—)	—人

(フリガナ)

受入事業所名

受入ご担当者名

受入事業所住所

ご連絡先 TEL

ご連絡のご都合のいい時間帯

ご連絡先 FAX

*実習生等から直接ご連絡を致しますので宜しくお願い致します。