（様式１）

令和６年度　広島県認知症介護実践研修（実践リーダー研修）受講申込書

申込者　法人の主たる事務所の所在地

〒

法人の名称及び代表者の職氏名

研修修了後は，広島県認知症介護アドバイザーとして活動することを承諾の上，認知症介護実践研修（実践リーダー研修）に申し込みます。

受講希望する回	第　　回	申込日　令和　　年　　月　　日	
フリガナ		生年月日	昭和 平成　　年　　月　　日生
受講希望者氏名			
資　格 該当する番号にすべて○をしてください	1 医師　2 保健師　3 助産師　4 看護師　5 准看護師 6 理学療法士　7 作業療法士　8 社会福祉士　9 介護福祉士　10 言語聴覚士 11 精神保健福祉士　12 介護支援専門員（ｹｱﾏﾈｼﾞｬｰ）13 訪問介護員（ﾎｰﾑﾍﾙﾊﾟｰ） 14 その他（　　）　15 なし		
介護・看護業務の通算経験年数	年　　月	内：認知症介護の通算経験年数	年　　月
◎注意：現職場だけではなく通算経験年数となります。必ず受講者本人にご確認のうえ記入してください。			
実践者研修等の修了状況	実践者研修又は痴呆介護実務者研修（基礎課程）の修了年度		平成　　年度
	キャラバン・メイト養成講座修了の有無		有　・　無
※実践者研修未修了の場合	施設・事業所において、サービスを直接提供する介護職員として介護福祉士資格取得後の実務経験通算 10 年かつ 1,800 日以上		年　　ヶ月 日

所属先事業所等	種　別 該当する番号に○をしてください	1 介護老人福祉施設　2 介護老人保健施設　3 介護療養型医療施設 4 訪問介護事業所　5 通所介護事業所　6 居宅介護支援事業所 7 認知症グループホーム　8 小規模多機能型居宅介護　9 認知症対応型通所介護 10 地域密着型通所介護　11 地域密着型介護老人福祉施設　12 その他（　　）			
	名　称				
		◎注意：必ず現在の所属先を記入してください。所属先が異なる場合は受講できない場合があります。			
	役　職				
	住　所	〒			
	連絡先	電話番号		ＦＡＸ	
	法人名			担当者	

※1　別紙「申込みに当たっての留意事項」を必ず参照してください。

※2　「実践者研修又は痴呆介護実務者研修（基礎課程）の修了証書の写し」を併せて提出してください。

※3　実践者研修未修了者の場合は、介護福祉士登録証（写し）と実務経験証明書を併せて提出してください。

記入時参照　　（様式１）

令和６年度　広島県認知症介護実践研修（実践リーダー研修）受講申込書

記入もれがある場合、お電話で確認または再提出をしていただく場合があります。記入もれのないようにお願い致します。

申込者　法人の主たる事務所の所在地
〒

法人の名称及び代表者の職氏名

研修修了後は，広島県認知症介護アドバイザーとして活動することを承諾の上，認知症介護実践研修（実践リーダー研修）に申し込みます。

受講希望する回	第　　回	申込日　令和　　年　　月　　日	
フリガナ 受講希望者氏名		生年月日	昭和 平成　　年　　月　　日生
資　格 該当する番号にすべて○をしてください	1 医師　2 保健師　3 助産師　4 看護師　5 准看護師 6 理学療法士　7 作業療法士　8 社会福祉士　9 介護福祉士　10 言語聴覚士 11 精神保健福祉士　12 介護支援専門員（ｹｱﾏﾈｼﾞｬｰ）13 訪問介護員（ﾎｰﾑﾍﾙﾊﾟｰ） 14 その他（　　）　15 なし		
介護・看護業務の通算経験年数	年　　月	内：認知症介護の通算経験年数	年　　月
◎注意：現職場だけでなく通算経験年数となります。必ず受講者本人にご確認のうえ記入してください。			
実践者研修等の修了状況	実践者研修（基礎課程）の修了年度		平成　　年度
	キャラバン・メイト養成講座修了の有無		有　・　無
※実践者研修未修了の場合	施設・事業所において、サービスを直接提供する介護職員として介護福祉士資格取得後の実務経験通算 10 年かつ 1,800 日以上		年　　ヶ月 日
所属先事業所等　種　別 該当する番号に○をしてください	1 介護老人福祉施設　2 介護老人保健施設　3 介護療養型医療施設 4 訪問介護事業所　5 通所介護事業所　6 居宅介護支援事業所 7 認知症グループホーム　8 小規模多機能型居宅介護　9 認知症対応型通所介護 10 地域密着型通所介護　11 地域密着型介護老人福祉施設　12 その他（　　）		
名　称	◎注意：必ず現在の所属先を記入してください。所属先が異なる場合は受講できない場合があります。		
役　職			
住　所	〒		
連絡先	電話番号	ＦＡＸ	
法人名	法人番号	受講者	

その他に該当される場合、具体的に記入をしてください。

その他に該当される場合、具体的に記入をしてください。

担当者の方と連絡が取れる番号をご記入ください。

受付窓口または、受講者本人をご記入ください。

※1　別紙「申込みに当たって
※2　「実践者研修又は痴呆介護実務者研修（基礎課程）の修了証書の写し」
※3　実践者研修未修了者の場合は、介護福祉士登録証（写し）と実務経験証明書を併せて提出してください。