（様式１-１）

令和７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
受講希望者氏名			
役職名		職場での立場（複数回答可）	□管理者 □計画作成担当者 □介護従事者
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
※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 介護医療院　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（　　）
	事業所名	※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。
	住　所 【連絡先】	〒　　－ 電話番号：　　－　　－　　FAX：　　－　　－
	研修申し込みの担当者	【担当者名】 【連 絡 先】電話番号：　　－　　－

※　裏面も記入漏れがないよう、お願いします。

（様式１-２）

申込理由等
【該当する項目を選択☑してください。】 ☐ 職員の退職又は異動により、事業所に研修修了者が不在となる予定である。 ☐ 現在予定はないが、今後の職員の異動や退職に備えるため。 ☐ スキルアップ・職員育成のため。 ☐ その他（具体的かつ簡潔に記入）　（　　）
確　認　欄
【以下について、御了承いただきましたら、全てに☑チェックを入れてください。】 ☐ 欠席、遅刻、早退は認めておりません。 ☐ 書類を提出する際は、提出期限・書類内容など、必ず講師等の指示に従ってください。 ☐ 職場内のチーム全員で取り組む課題がありますので、御協力をお願いします。 ☐ キャンセル対応期日を過ぎた場合は、受講料は返金いたしません。 **※ 開催要領 11. 申込み方法等【受講についての注意事項】を御確認ください。**

※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。