

令和3年度 第1回 新潟市 認知症介護実践者研修受講申込書

令和3年 月 日

(宛先) 新潟市長

(法人名)

(代表者名)

(事務担当者氏名： 連絡先TEL：)

次の職員について、新潟市が実施する令和3年度第1回認知症介護実践者研修の受講を申し込みます。
なお、以下の記載事項及び裏面の経歴のとおりであることを証します。

(写真貼付)

注意

① 6ヶ月以内に撮影したもの

② 正面、無帽、無背景

③ 縦45ミ×横35ミ

フリガナ	
受講者氏名	
生年月日	昭和・平成 年 月 日
職名	

※ 裏面の注意事項をご参照の上、太枠内をご記入ください。

現勤務施設・事業所の種類			現勤務施設・事業所の所在地及び連絡先	(住所) 〒 (名称) TEL: FAX:
	会場	研修日程		
受講会場・日程(記載不要)	新潟市会場	令和3年6月14日 ～8月10日		

受講理由及び事業所の状況等	<p>① 研修受講理由</p> <p><input type="checkbox"/> 認知症対応型共同生活介護事業所の計画作成担当者に従事することが予定されている、またはすでに従事しているため (本研修を受講することを条件に減算されていない場合はチェック→)</p> <p><input type="checkbox"/> 認知症対応型サービス事業管理者研修の受講要件を満たすため</p> <p><input type="checkbox"/> 小規模多機能型サービス等計画作成担当者研修の受講要件を満たすため</p> <p><input type="checkbox"/> 認知症介護実践リーダー研修の受講要件を満たすため</p> <p><input type="checkbox"/> 加算(認知症加算)要件を満たすため</p> <p><input type="checkbox"/> 自己研鑽のため</p> <p><input type="checkbox"/> その他 ()</p> <p>② 従事する予定の職種と事業所種別(該当の場合のみチェック)</p> <p><input type="checkbox"/> 管理者 (<input type="checkbox"/> 認知症対応型通所介護 <input type="checkbox"/> 小規模多機能型居宅介護 <input type="checkbox"/> 認知症対応型共同生活介護 <input type="checkbox"/> 看護小規模多機能型居宅介護)</p> <p><input type="checkbox"/> 計画作成担当者 (<input type="checkbox"/> 小規模多機能型居宅介護 <input type="checkbox"/> 看護小規模多機能型居宅介護 <input type="checkbox"/> 認知症対応型共同生活介護)</p> <p><input type="checkbox"/> その他 ()</p> <p>③ ②で管理者または計画作成担当者に従事する予定とした場合</p> <p><input type="checkbox"/> 事業所新規開設のために従事予定(開設予定年月:令和 年 月)</p> <p><input type="checkbox"/> 管理者、計画作成担当者の急な人員変更のために従事予定(着任予定年月:令和 年 月)</p> <p><input type="checkbox"/> その他 ()</p>
---------------	---

※該当するものにチェックを付すこと。

認知症介護実践者研修受講申込書 裏面

＜受講者経歴書＞

受講者氏名	/			
経 歴	勤務期間	勤務先サービス種別及び事業所名	勤務内容	
記入例	平成24年4月から 平成28年7月まで	介護老人保健施設 ○○園	介護職	

＜勤務経歴（合計）＞

勤務経歴	年 月
------	----------

＜研修の受講状況、主な取得済資格など＞

研 修（ 資 格 ） 名 等	修了（取得）年月日	実 施 機 関
（記入例） 介護支援専門員	平成27年12月5日	新潟県

※ 修了した認知症介護研修等の研修名・修了年月日、取得した資格名、取得年月日などを記載してください。

（申込書記載に当たっての注意事項）

- ・ 申込は、必ず法人の長の名前で行ってください（施設長・事業所の長の名は不可）。押印は不要です。
- ・ 申込書を印刷する場合、必ず両面コピーにて作成願います。
- ・ 申込書に記入漏れ等の不備がある場合は、受講決定できません。
- ・ 虚偽等の記載があった場合は、受講決定または修了認定を取り消す場合があります。