

令和3年度新潟市認知症介護実践リーダー研修受講申込書

令和3年 月 日

新潟市長様

(新潟市福祉部地域包括ケア推進課あて)

(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、令和3年度新潟市認知症介護実践リーダー研修の受講を申し込みます。
また、以下の記載事項、裏面の研修修了状況及び経歴のとおりであることを証します。

(写真貼付)
スマートフォン、デジカメ等で撮影し印刷したものでも可
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	

※ 記載例を参照の上、太枠内及び裏面をご記入ください。

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) 〒	
研修会場・日程 (記載不要)	会場 新潟市		研修日程 令和3年8月30日 ～10月26日	(名称) TEL： FAX： E-mail：
主な取得済み資格	資格名		取得年月日	実施機関
	(記入例) 介護支援専門員		平成17年12月5日	新潟県
受講理由	<input type="checkbox"/> 短期利用共同生活介護費の算定要件のため (認知症対応型共同生活介護事業所) <input type="checkbox"/> 認知症専門ケア加算の算定要件のため <input type="checkbox"/> 指導者養成研修受講希望のため <input type="checkbox"/> 自己研鑽、人材育成のため <input type="checkbox"/> その他 ()			

表1 <実践者研修等の修了状況>

記入欄	実施主体	研修名称	修了年月日等
	新潟県	_____年度 (← 受講年度を記入) 痴呆介護実務者研修 (基礎課程)	_____年__月__日修了
	新潟県	_____年度 (← 受講年度を記入) 認知症介護実践研修 (実践者研修)	_____年__月__日修了
	新潟市	_____年度 (← 受講年度を記入) 認知症介護実践研修 (実践者研修)	_____年__月__日修了
	公益社団法人 日本認知症グループホーム協会	平成16年度 第_____回 (←受講回を記入) 痴呆介護実務者研修 (基礎課程)	平成____年__月__日修了
	公益社団法人 日本認知症グループホーム協会	_____年度 第_____回 (←受講年度・ 回を記入) 認知症介護実践研修 (実践者研修)	_____年__月__日修了
	上記以外の実施主体 _____	_____年度 (第_____回) 研修名_____	_____年__月__日修了

- ※ 研修別・実施主体別に、該当する研修の「記入欄」に「○」をつけて、必要事項を記入願います。
- ※ (____)、____欄の記入漏れに注意願います。
- ※ 修了年月日には、実施主体が交付した修了証書の日付を記載してください。

表2 <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14年4月から 平成17年7月まで	介護老人保健施設 ○○園	介護職

(申込書記載に当たっての注意事項)

- ・ 記載に当たっては、募集要項及び別紙記載留意事項を参考にしてください。
- ・ 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。
- ・ 申込書は両面コピーをとるなど、必ず表面と両面にしてください。
- ・ 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、受講または修了認定を取り消す場合があります。