別紙様式１（市町を通して申込み）　　　　　　　　　　　　　　　　　開催要項８（1）アに該当者

[地域密着型のうち、本開催要項で指定した種別の事業所に所属又は管理者等に就任予定者用]

令和６年度認知症介護実践者研修受講申込書

一般社団法人　山口県宅老所・グループホーム協会

会　長　小川　泰志　宛

所属名（※）

所 在 地

電話番号

所属長名

記入日：令和　　年　　月　　日　　　　　　　　　　　（※）法人、事業所（施設）いずれでも可

令和６年度認知症介護実践者研修に、次のとおり申し込みます。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 受講希望者の氏名等（※１） | ふりがな | 生年月日（※１） |
| 　　　　　　　　　　　　　性別　男性・女性 | 平成昭和　　年　　月　　日（　　才） |
| 受講希望者の住所等（※１） | 〒 | 電話(本人連絡先)自宅　　　―　　　　―携帯　　　―　　　　― |
|  |
| 受講希望者の現在の所属等（該当に○） | 事業所（施設）名 | 本研修に関して連絡を取る場合の担当者連絡先（担当者名）　　　（電話）　　―　　　― |
| [事業所種別] １　認知症対応型共同生活介護　２　認知症対応型通所介護３　小規模多機能型居宅介護 　４ 看護小規模多機能型居宅介護　 その他（　　 　　　　　　　　　　） |
| 事業所職員の本研修（旧基礎課程を含む）修了者(※2)　　　　　 　　人 |
| 受講希望者本人の本研修受講申し込み回数（今回の申込除く） 　　 回目 |
| 資格取得等（該当全てに〇） | １介護福祉士 ２介護職員基礎研修修了 ３訪問介護員（　　）級 ４介護支援専門員　　５社会福祉士 ６介護職員初任者研修修了 ７看護師 ８准看護師 ９保健師10 実務者研修修了　11認知症介護基礎研修修了 12 その他（　　　　　　　　　） |
| 事業所開設について | 開設予定日 | 令和　　年　　月　　日頃　 |
| 名　　　称（仮称可） |  | 名称未定 |
| 事業所種別（該当に〇）１ 認知症対応型共同生活介護　２ 認知症対応型通所介護　３ 小規模多機能型居宅介護 　 ４ 看護小規模多機能型居宅介護　 |
| 受講希望者の就任　予定の職種・役職等（該当に〇） | １ 管理者　２ 管理者就任予定：時期　　年　　月頃３ 計画作成担当者　４ 計画作成担当者就任予定：時期　　年　　月頃５その他（　　　　　　　）※兼務の場合は該当するもの全てに〇をしてください |
| 同一施設・事業所内の申込者数と優先順位 | 申込者数　　　名申込者の選考希望順位　　　位 | 本会正会員の有無※本会とは山口県GH協の正会員の有無を指します。 | 正 会 員非 会 員 |

※１　修了証書及び修了者名簿に記載しますので、楷書で正確に記入して下さい。

※２　受講者を選定する場合の参考にさせていただきますので、必ず記入して下さい。

裏面（様式１）

〇介護業務等に関する実務経験について必ず詳しくご記入ください。

〇実務経験年数合計は、申込日現在で通算の年数をご記入ください。（1か月未満切り捨て）

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 勤　務　先 | 職　種　・　役　職 | 従　事　機　関　 |
|  |  | 昭和・平成・令和　　　年　　月から昭和・平成・令和　　　年　　月まで　　　　　　　（計　　　年　　　カ月） |
|  |  | 昭和・平成・令和　　　年　　月から昭和・平成・令和　　　年　　月まで　　　　　　　（計　　　年　　　カ月） |
|  |  | 昭和・平成・令和　　　年　　月から昭和・平成・令和　　　年　　月まで　　　　　　　（計　　　年　　　カ月） |
|  |  | 昭和・平成・令和　　　年　　月から昭和・平成・令和　　　年　　月まで　　　　　　　（計　　　年　　　カ月） |
|  |  | 昭和・平成・令和　　　年　　月から昭和・平成・令和　　　年　　月まで　　　　　　　（計　　　年　　　カ月） |
| 従事総年数 | 年　　　カ月 | 従事年数のうち認知症介護経験年数 | 年　　　カ月 |

|  |
| --- |
| 本研修を受講するに当たり、下記事項を承知のうえ受講することに同意します。・遅刻、欠席、早退等をしません。　・研修の目的を十分に理解した上、主体的・意欲的かつ積極的に受講します。　・研修期間における提出物は必ず提出期限を守り、不備なく提出します。　・各事項を遵守しなかった場合は、受講取消等の指示に従います。受講希望者氏名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（**直筆署名）** |
| ※申込に当たっての留意事項・管理者及び計画作成担当者（就任予定含む）については、研修受講要件のほかに、事業所指定上の基準を満たしていることが必要となります。・開設予定の事業所については、具体的に開設時期が決定している事業所を対象としています。そのため、受講決定に際し、市町との協議状況について関係課に確認することがありますので、御了承ください。　・管理者及び計画作成担当者の変更に際しては、各市町担当課（地域密着型サービス指定担当）への届出が必要となりますので、あらかじめ各市町の担当者に相談の上、確認・指導を受けてください。 |

※本申込書及び添付が必要な書類が不備な場合には、申込みを受理できないことがありますので提出の際はご注意ください。

|  |
| --- |
| ※宿泊希望がある方については、該当する箇所の□をチェックしてください。 |
| 宿泊希望日 | □１月21日(火) | □１月22日(水) | □２月６日(木) |

本研修を受講するに当たり、下記事項を承知のうえ受講することに同意します。

・遅刻、欠席、早退等をしません。

　・研修の目的を十分に理解した上、主体的・意欲的かつ積極的に受講します。

　・研修期間における提出物は必ず提出期限を守り、不備なく提出します。

　・各事項を遵守しなかった場合は、受講取消等の指示に従います。

受講希望者氏名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（**直筆署名をお願いします**）