（様式2）

令和7年度　社会福祉法人　札幌シニア福祉機構

**認知症介護実践リーダー研修　受講申込書**

　　年　　月　　日

　社会福祉法人　札幌シニア福祉機構

　　理事長　　松本　剛一

所　属　名

代表者氏名　　　　　　　　　　　　印

　次の職員に、標記研修の受講を申込み致します。尚、主な経歴及び認知症介護の経験年数については、記載のとおりであることを証明します。

**受講希望開催回：　　１　・　２　　回目申込み**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| フリガナ |  | 性　　別 | 生　年　月　日 | 年 齢 |
| 氏　名 |  | 男　・　女 | 昭･平　 年 月 日 | 　才 |
| 現職名※1 |  | 研修担当者名 |  |
| 従事している資格名称【○印】 | 介護福祉士・ホームヘルパー（1・2級）介護職員実務者研修・介護職員初任者研修看護師・准看護師・作業療法士・理学療法士・管理栄養士・栄養士介護支援専門員・社会福祉士・無資格、その他（　　　　　　　　　　 ） |
| 法人名 |  | 経営主体【○印】 | 社会福祉法人・医療法人・ＮＰＯ法人・株式会社・有限会社・その他（　　　　 ） |
| 勤務先種別 |  |
| 事業所名 |  |
| 事業所・施設所在地 | 〒TEL：　　　　　　　　FAX：　　　　　　　　　E-mail**※2必須** |
| 主な職歴（現に勤務する施設・事業所での経験年数も含む） | 期間 | 通算期間 | 法人名＋事業所名 | 職務内容 |
| 　　年　　月～　　年　　月 | 年 　ヶ月 |  |  |
| 　　年　　月～　　年　　月 | 年　 ヶ月 |  |  |
| 　　年　　月～　　年　　月 | 年　 ヶ月 |  |  |
| 　　年　　月～　　年　　月 | 年　 ヶ月 |  |  |
| 年　　月～　　研修受講月 | 年　 ヶ月 |  |  |
| ■　認知症介護の経験年数（研修受講月現在）　■**※概ね5年以上必要**（介護保険施設・事業者等において認知症介護業務に従事した年数）**合計 　　年 　　ヶ月** |
| 認知症実践研修（実践者研修過程）修了日 | 　　　　年　　　月　　　日　　**※修了証書の写しを添付**修了日から研修受講月までの期間　　　　　　 年　　　ケ月　**※1年以上必要** |
| 介護福祉士資格取得日**※3** | 　　　 　　年　　　月　　　日　　**※介護福祉士資格証の写しを添付**介護職員として1,800日以上の実務経験　　　年　　　ケ月　 |

※1　介護主任・介護リーダー等、現在の施設・事業所での職務内容がわかるよう記載して下さい。

**※2**　**受講決定通知書はメールで通知致します。メールアドレスのご記入をお願い致します。**

**※3　不実または錯誤した内容の記載をした場合は、修了を取り消すことがあります。**