（様式３）

令和7年度　社会福祉法人　札幌シニア福祉機構

　認知症対応型サービス事業管理者研修　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

※記載漏れや誤りのないよう、必ず裏面の注意事項を参照の上、御記入ください。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| ふりがな |  | 性　　別 | 男　　・　　女 |
| 氏　　名 |  | 生年月日 | 昭和・平成　　　年　　　　月　　　　日 |
| ※1 | 現職名 |  | 開設(予定)年月(※２) | 年　　　　　　月　　 |
| 従事予定職名 | 　　　　　　（　　年　　月～） |
| 法人名 |  | 施設・事業所名 |  |
| 施設･事業所所在地（※3） | 〒 | TEL | 　　　　　　　－　　　　　－ |
| FAX | 　　　　　　　－　　　　　－ |
| **E-mail** | **※7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 | 勤　務　先 | 　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）

（介護保険施設、認知症高齢者グループホーム、通所介護、訪問介護、通所リハビリテ－ションの事業所等において認知症介護業務に従事した年数）　　　　　　　　　**合　計　　　　　　年　　　　ヶ月** |
| 主な資格（※４） | 　　取 得 年 月 | 免　許　・　資　格 |
| 　　年　　月 |  |
| 　　年　　月 |  |
| 　　年　　月 |  |
| 認知症介護実践研修受講歴（※５) | 実践者研修※または、認知症介護　実務者研修【基礎課程】 | 有　（交付　　年　　月　　日・証書番号　第　　　　　　号）無　（受講予定の実践者研修に関する情報をご記入ください。）　　　　実施機関名　：　　　　　修了予定日　　　　　　年　　　月　　　日 |
| 受講理由（※６） | 　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 |

**（次ページへ続く）**

【注意事項】

※１　上段には、介護主任等、現在の施設・事業所での職務内容がわかるように記載してください。

下段には、従事予定の職名と従事予定年月を記載してください。

※２　「開設（予定）年月」の欄は、今後開設が予定されているまたは増設を予定している施設・事業所のみ記入し、増設の場合は増設（予定）年月を記入してください。

※３　　必ず受講者の所属する施設・事業所の住所を御記入ください。開設準備中の場合は、設立予定地を御記入ください。

　　　　なお、別に連絡先を指定する場合は、下記にご記入ください。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 住 所 | 〒 | 連　絡　先名　　　称 |  |
| 電 話 |  | ＦＡＸ |  | 担当者 |  |
| E-mail |  |

※４　保健・医療・福祉に係る免許及び資格については、正式名称を御記入ください。

　　　　　　例：介護支援専門員、社会福祉士、介護福祉士、精神保健福祉士、保健師、看護師、准看護師、訪問介護員など

※５　研修修了証書の写しを添付してください。

○　受講にあたっては、本研修の受講初日までに「認知症介護実務者研修（基礎課程）」または「認知症介護実践研修（実践者研修）」を修了していることが要件になりますので、申込書に研修実施機関名及び修了証書番号を必ず明記の上、**修了証書の写し**を添付願います。

○　本研修の受講初日までに上記研修を修了予定であるが、本研修申込み時点では未修了の場合は、申込書に実施機関名及び修了予定日を必ず明記してください。

　　修了証書が交付されましたら、写しをご郵送願います。

※６　「受講理由」の欄には、受講を希望する特別な事情などを記入してください。

**※７　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いたします。**