

(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 従事予定職名	開設(予定) 年月(※2)	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、 通所リハビリテー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 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 無	(交付 年 月 日・証書番号 第 号) (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		F A X		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。