

(様式 2)

令和 8 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 ヶ月 ※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 ヶ月			

※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。