（様式第１号）

令和６年度 認知症介護実践者研修受講申込書

申込日　　令和　　　年　　　月　　　日

市町村長　　様

（広域連合長）

法人名

令和６年度認知症介護実践者研修について、下記のとおり申し込みます。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **申込する期** | 第　　　　　期 |  |
| **受講申込者** | **氏　名** | （フリガナ） | **生年月日** | 昭和平成 　 　  | 　　 年 　 月 　　日 |
|  |
| 　　　**※修了証書に記載される内容ですので正確にご記入ください。** |
| **介護の実務経験****通算期間** | 　　　　　 年　　　　か月　　　 | **現在職名** |  |
| **所****属****先****事****業****所** | 種　別(該当の項目に☑) | □ 介護老人福祉施設　 □ 介護老人保健施設　 □ 介護療養型医療施設□ 訪問介護事業所　　 □ 通所介護事業所 　　 □ 居宅介護支援事業所□ 認知症グループホーム　 □ 小規模多機能型居宅介護　 □ 複合型サービス□ 認知症対応型通所介護　 □ 地域密着型通所介護　□ その他（　　　　　　　　　 　　） |
| 名　称 |  |
| 所 在 地 | 〒 |
| 通知送付先(該当の項目に☑) | □ 所在地と同じ　□ 所在地と異なる送付先住所： 〒　　　　　□送付先が個人宅等である（☑の場合、あて名に所属先事業所名を記載しません。） |
| 連 絡 先 | TEL | FAX |
| 研修担当者 | 氏名 | TEL |
| 電子メールアドレス | ※直前の研修予定変更などの緊急連絡がある場合に使用できるアドレスをご記入ください。 |
| ZOOMを用いた同時双方向オンライン型研修　受講環境の有無　　　□　有　　　□　無※会場集合型の研修を予定しておりますが、感染症拡大等によりオンライン研修へ変更する場合の参考にお聞きしています。 |
| 介護保険者の推薦を必要とする理由（該当の項目に☑） | 地域密着型サービス事業所の種類 | 従事する職名等 | 就任等の年月日 |
| □ 認知症対応型共同生活介護□ 認知症対応型通所介護□ 小規模多機能型居宅介護□ 複合型サービス | □ 代表者□ 管理者□ 計画作成担当者 | 　　　 　　年　　月　　日（ 予定 ・ 就任済） |

＊**楷書で正確に記入してください。**

（様式第２号）

令和６年度 認知症介護実践者研修受講申込書

申込日　令和　 　年　　 月　 日

研修受託事業所の長　様

法人名

令和６年度認知症介護実践者研修について、下記のとおり申し込みます。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **申込する期** | 第　　　　　期 |  |
| **受講申込者** | **氏　名** | （フリガナ） | **生年月日** | 昭和平成 　 　  | 　　 年 　 月 　　日 |
|  |
| 　　　**※修了証書に記載される内容ですので正確にご記入ください。** |
| **介護の実務経験****通算期間** | 　　　　　 年　　　　か月　　　 | **現在職名** |  |
| **所****属****先****事****業****所** | 種　別(該当の項目に☑) | □ 介護老人福祉施設　 □ 介護老人保健施設　 □ 介護療養型医療施設□ 訪問介護事業所　　 □ 通所介護事業所 　　 □ 居宅介護支援事業所□ 認知症グループホーム　 □ 小規模多機能型居宅介護　 □ 複合型サービス□ 認知症対応型通所介護　 □ 地域密着型通所介護　□ その他（　　　　　　　　　 　　） |
| 名　称 |  |
| 所 在 地 | 〒 |
| 通知送付先(該当の項目に☑) | □ 所在地と同じ　□ 所在地と異なる送付先住所： 〒　　　　　□送付先が個人宅等である（☑の場合、あて名に所属先事業所名を記載しません。） |
| 連 絡 先 | TEL | FAX |
| 研修担当者 | 氏名 | TEL |
| 電子メールアドレス | ※直前の研修予定変更などの緊急連絡がある場合に使用できるアドレスをご記入ください。 |
| ZOOMを用いた同時双方向オンライン型研修　受講環境の有無　　　□　有　　　□　無※会場集合型の研修を予定しておりますが、感染症拡大等によりオンライン研修へ変更する場合の参考にお聞きしています。 |

＊**楷書で正確に記入してください。**

（様式第３号）

令和６年度 認知症介護実践リーダー研修受講申込書

申込日　令和 　　年 　　月 　　日

市町村長　　様

（広域連合長）

法人名

　　令和６年度認知症介護実践リーダー研修について、認知症対応型共同生活介護事業所における

短期利用共同生活介護費算定に必要なため、下記のとおり申し込みます。

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **受講申込者** | **氏　名** | （フリガナ） | **生年月日** | 昭和平成 　 　  | 　 年 　 月 　 　日 |
|  |
| 　　　**※修了証書に記載される内容ですので正確にご記入ください。** |
| **介護の実務経験****通算期間** | 　　　　　 年　　　　か月　　　 | **現在職名** |  |
| **実践者研修****修了日（注１）** | 　　　　　 　　　年　　　 月　　　 日 　修了　**※修了証の写しを添付のこと** |
| **所****属****先****事****業****所** | 名　称 |  |
| 所 在 地 | 〒 |
| 通知送付先(該当の項目に☑) | □ 所在地と同じ　□ 所在地と異なる送付先住所： 〒　　　　　□送付先が個人宅等である（☑の場合、あて名に所属先事業所名を記載しません。） |
| 連 絡 先 | TEL | FAX |
| 研修担当者 | 氏名 | TEL |
| 電子メールアドレス | ※直前の研修予定変更などの緊急連絡がある場合に使用できるアドレスをご記入ください。 |
| ZOOMを用いた同時双方向オンライン型研修　受講環境の有無　　　□　有　　　□　無※会場集合型の研修を予定しておりますが、感染症拡大等によりオンライン研修へ変更する場合の参考にお聞きしています。 |

※**楷書で正確に記入してください。**

（注1）「旧・痴呆介護実務者研修基礎課程」を含む

（様式第４号）

令和６年度 認知症介護実践リーダー研修受講申込書

申込日　令和 　　年　 　月 　　日

研修受託事業所の長　様

法人名

令和６年度認知症介護実践リーダー研修について、下記のとおり申し込みます。

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **受講申込者** | **氏　名** | （フリガナ） | **生年月日** | 昭和平成 　 　  | 　　 年 　 月 　　日 |
|  |
| 　　　**※修了証書に記載される内容ですので正確にご記入ください。** |
| **介護の実務経験****通算期間** | 　　　　　 年　　　　か月　　　 | **現在職名** |  |
| **実践者研修****修了日（注１）** | 　　　　　 　　　年　　　 月　　　 日 　修了　**※修了証の写しを添付のこと** |
| **所****属****先****事****業****所** | 種　別(該当の項目に☑) | □ 介護老人福祉施設　 □ 介護老人保健施設　 □ 介護療養型医療施設□ 訪問介護事業所　　 □ 通所介護事業所 　　 □ 居宅介護支援事業所□ 認知症グループホーム　 □ 小規模多機能型居宅介護　 □ 複合型サービス□ 認知症対応型通所介護　 □ 地域密着型通所介護　□ その他（　　　　　　　　　 　　） |
| 名　称 |  |
| 所 在 地 | 〒 |
| 通知送付先(該当の項目に☑) | □ 所在地と同じ　□ 所在地と異なる送付先住所： 〒　　　　　□送付先が個人宅等である（☑の場合、あて名に所属先事業所名を記載しません。） |
| 連 絡 先 | TEL | FAX |
| 研修担当者 | 氏名 | TEL |
| 電子メールアドレス | ※直前の研修予定変更などの緊急連絡がある場合に使用できるアドレスをご記入ください。 |
| ZOOMを用いた同時双方向オンライン型研修　受講環境の有無　　　□　有　　　□　無※会場集合型の研修を予定しておりますが、感染症拡大等によりオンライン研修へ変更する場合の参考にお聞きしています。 |

※**楷書で正確に記入してください。**

（注1）「旧・痴呆介護実務者研修基礎課程」を含む

（様式第５号）

令和６年度 認知症介護実践リーダー研修推薦書

令和　　年　　月　　日

研修受託事業所の長　様

法人名

代表者職・氏名

令和６年度認知症介護実践リーダー研修の受講について、下記のとおり推薦します。

記

|  |  |
| --- | --- |
| 受講申込者氏名 |  |
| 受講推薦の理由 |

＊1名につき1枚作成してください。

（様式第６号）

令和６年度 認知症対応型サービス事業開設者研修受講申込書

申込日　令和 　　年　　月　　日

市町村長　様

（広域連合長）

法人名

令和６年度認知症対応型サービス事業開設者研修について、下記のとおり申し込みます。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **申込する期** | 第　　　　　期 |  |
| **受講申込者** | **氏　名** | （フリガナ） | **生年月日** | 昭和平成 　 　  | 　　 年 　 月 　　日 |
|  |
| 　　　**※修了証書に記載される内容ですので正確にご記入ください。** |
| **介護の実務経験****通算期間** | 　　　　　 年　　　　か月　　　 | **現在職名** |  |
| **所****属****先****事****業****所** | 種　別(該当の項目に☑) | □ 介護老人福祉施設　 □ 介護老人保健施設　 □ 介護療養型医療施設□ 訪問介護事業所　　 □ 通所介護事業所 　　 □ 居宅介護支援事業所□ 認知症グループホーム　 □ 小規模多機能型居宅介護　 □ 複合型サービス□ 認知症対応型通所介護　 □ 地域密着型通所介護　□ その他（　　　　　　　　　 　　） |
| 名　称 |  |
| 所 在 地 | 〒 |
| 通知送付先(該当の項目に☑) | □ 所在地と同じ　□ 所在地と異なる送付先住所： 〒　　　　　□送付先が個人宅等である（☑の場合、あて名に所属先事業所名を記載しません。） |
| 連 絡 先 | TEL | FAX |
| 研修担当者 | 氏名 | TEL |
| 電子メールアドレス | ※直前の研修予定変更などの緊急連絡がある場合に使用できるアドレスをご記入ください。 |
| ZOOMを用いた同時双方向オンライン型研修　受講環境の有無　　　□　有　　　□　無※会場集合型の研修を予定しておりますが、感染症拡大等によりオンライン研修へ変更する場合の参考にお聞きしています。 |
| 介護保険者の推薦を必要とする理由（該当の項目に☑） | 地域密着型サービス事業所の種類 | 受講の理由 | 就任等の年月日 |
| □ 認知症対応型共同生活介護□ 認知症対応型通所介護□ 小規模多機能型居宅介護□ 複合型サービス | □ 新規開設のため□ 異動で就任するため□ 未修了で就任したため | 　　　年 　　月　 　日（ 予定 ・ 就任済） |

※**楷書で正確に記入してください。**

（様式第７号）

令和６年度 認知症対応型サービス事業管理者研修受講申込書

申込日　令和 　　年　 　月　 　日

市町村長　様

（広域連合長）

法人名

令和６年度認知症対応型サービス事業管理者研修について、下記のとおり申し込みます。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **申込する期** | 第　　　　　期 |  |
| **受講申込者** | **氏　名** | （フリガナ） | **生年月日** | 昭和平成 　 　  | 　　年 　 月 　　日 |
|  |
| 　　　**※修了証書に記載される内容ですので正確にご記入ください。** |
| **介護の実務経験****通算期間** | 　　　　　 年　　　　か月　　　 | **現在職名** |  |
| **実践者研修****修了日（注１）** | 　　　　 年　　　 月　　　 日 　修了・修了見込　**※修了証の写しを添付のこと（注2）** |
| **所****属****先****事****業****所** | 種　別（該当の項目に☑） | □ 介護老人福祉施設　 □ 介護老人保健施設　 □ 介護療養型医療施設□ 訪問介護事業所　　 □ 通所介護事業所 　　 □ 居宅介護支援事業所□ 認知症グループホーム　 □ 小規模多機能型居宅介護　 □ 複合型サービス□ 認知症対応型通所介護　 □ 地域密着型通所介護　□ その他（　　　　　　　　　 　　） |
| 名　称 |  |
| 所 在 地 | 〒 |
| 通知送付先(該当の項目に☑) | □ 所在地と同じ　□ 所在地と異なる送付先住所： 〒　　　　　□送付先が個人宅等である（☑の場合、あて名に所属先事業所名を記載しません。） |
| 連 絡 先 | TEL | FAX |
| 研修担当者 | 氏名 | TEL |
| 電子メールアドレス | ※直前の研修予定変更などの緊急連絡がある場合に使用できるアドレスをご記入ください。 |
| ZOOMを用いた同時双方向オンライン型研修　受講環境の有無　　　□　有　　　□　無※会場集合型の研修を予定しておりますが、感染症拡大等によりオンライン研修へ変更する場合の参考にお聞きしています。 |
| 介護保険者の推薦を必要とする理由（該当の項目に☑） | 地域密着型サービス事業所の種類 | 受講の理由 | 就任等の年月日 |
| □ 認知症対応型共同生活介護□ 認知症対応型通所介護□ 小規模多機能型居宅介護□ 複合型サービス | □ 新規開設のため□ 異動で就任するため□ 未修了で就任したため | 　　　年 　　月　 　日（ 予定 ・ 就任済） |

※**楷書で正確に記入してください。**

（注1）「旧・痴呆介護実務者研修基礎課程」を含む

（注2）実践者研修修了見込の場合は、実践者研修の受講決定通知1枚目（受講番号と受講期間が分かるもの）を添付

（様式第８号）

**令和６年度 小規模多機能型サービス等計画作成担当者研修受講申込書**

申込日　令和 　　年 　　月　 　日

市町村長　様

（広域連合長）

法人名

令和６年度小規模多機能型サービス等計画作成担当者研修について、下記のとおり申し込みます。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **申込する期** | 第　　　　　期 |  |
| **受講申込者** | **氏　名** | （フリガナ） | **生年月日** | 昭和平成 　 　  | 　　年 　 月 　　日 |
|  |
| 　　　**※修了証書に記載される内容ですので正確にご記入ください。** |
| **介護の実務経験****通算期間** | 　　　　　 年　　　　か月　　　 | **現在職名** |  |
| **介護支援専門員証****の番号（注１）** |  | **介護支援専門員証　の有効期限** | 　　　　　年　　　月　　　日 |
| **実践者研修****修了日（注2）** | 　　　　 年　　　 月　　　 日 　修了・修了見込　**※修了証の写しを添付のこと（注3）** |
| **所****属****先****事****業****所** | 名　称 |  |
| 所 在 地 | 〒 |
| 通知送付先(該当の項目に☑) | □ 所在地と同じ　□ 所在地と異なる送付先住所： 〒　　　　　□送付先が個人宅等である（☑の場合、あて名に所属先事業所名を記載しません。） |
| 連 絡 先 | TEL | FAX |
| 研修担当者 | 氏名 | TEL |
| 電子メールアドレス | ※直前の研修予定変更などの緊急連絡がある場合に使用できるアドレスをご記入ください。 |
| ZOOMを用いた同時双方向オンライン型研修　受講環境の有無　　　□　有　　　□　無※会場集合型の研修を予定しておりますが、感染症拡大等によりオンライン研修へ変更する場合の参考にお聞きしています。 |
| 介護保険者の推薦を必要とする理由（該当の項目に☑） | 地域密着型サービス事業所の種類 | 受講の理由 | 就任等の年月日 |
| □ 小規模多機能型居宅介護□ 複合型サービス | □ 新規開設のため□ 異動で就任するため□ 未修了で就任したため | 　　　　年 　　月　 　日（ 予定 ・ 就任済） |

＊**楷書で正確に記入してください。**

（注1）介護支援専門員証の写しを添付

（注2）「旧・痴呆介護実務者研修基礎課程」を含む

（注3）実践者研修修了見込の場合は、実践者研修の受講決定通知1枚目（受講番号と受講期間が分かるもの）を添付

（様式第９号）

令和６年度 認知症介護基礎研修フォローアップ研修受講申込書

申込日　令和 　　年 　　月 　　日

研修受託事業所の長　様

法人名

　令和６年度認知症介護基礎研修フォローアップ研修について、下記のとおり申し込みます。

記

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **申込する期** | 第　　　　　期 |  |
| **受講申込者** | **氏　名** | （フリガナ） | **生年月日** | 昭和平成 　 　  | 　　 年 　 月 　　日 |
|  |
| 　　　**※修了証書に記載される内容ですので正確にご記入ください。** |
| **介護の実務経験****通算期間** | 　　　　　年　　　　か月　　　 | **現在職名** |  |
| **認知症介護基礎研修修了日** | 　　　　年　　月　　日 | **修了番号** | 第　　　号※修了証書の右上に記載されている番号をご記載ください。 |
| **所****属****先****事****業****所** | 種　別(該当の項目に☑) | □ 介護老人福祉施設　 □ 介護老人保健施設　 □ 介護療養型医療施設□ 訪問介護事業所　　 □ 通所介護事業所 　　 □ 居宅介護支援事業所□ 認知症グループホーム　 □ 小規模多機能型居宅介護　 □ 複合型サービス□ 認知症対応型通所介護　 □ 地域密着型通所介護　□ その他（　　　　　　　　　 　　） |
| 名　称 |  |
| 所 在 地 | 〒 |
| 通知送付先(該当の項目に☑) | □ 所在地と同じ　□ 所在地と異なる送付先住所： 〒　　　　　□送付先が個人宅等である（☑の場合、あて名に所属先事業所名を記載しません。） |
| 連 絡 先 | TEL | FAX |
| 研修担当者 | 氏名 | TEL |
| 電子メールアドレス | ※直前の研修予定変更などの緊急連絡がある場合に使用できるアドレスをご記入ください。 |
| ZOOMを用いた同時双方向オンライン型研修　受講環境の有無　　　□　有　　　□　無※会場集合型の研修を予定しておりますが、感染症拡大等によりオンライン研修へ変更する場合の参考にお聞きしています。 |

**※楷書で正確に記入してください。**

（様式第10号）

令和 　　年　　月　　日

研修受託事業所の長　様

市　町　村　長

（広域連合長）

**推　　　薦　　　書**

研修の受講について下記の者を推薦しますので、特段の配慮をお願いします。

記

|  |  |
| --- | --- |
| 研修名 |  |
| 研　修会場名 |  | 研修日 |  |
| 推　薦する者 | 受講者氏名 |  |
| 事業所名 | 住所：　〒 |
| 経験年数 |  |
| 既に受講した研修 | 研修名 | 受講年度 |
|  | （　　　　　年度）（　　　　　年度） |
| 実践者研修等 | 従事する予定の事業所指定に係る職名 |
| □　代表者　　　□　管理者　　　□　計画作成担当者□　その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| その職に就任する年月　　　　　　　 年　　　月　　　日（ 予定 ・ 就任済 ） |
| ﾘｰﾀﾞｰ研修 | 短期利用の指定を受ける予定　　　　　年　　　月　　　日 |

　＊事業者が提出した申込書及び必要書類（各１部）を添付してください。

（様式第11号）

第　番

**修　了　証　書**

氏　名

生年月日

あなたは、厚生労働省の定める

認知症介護実践研修（実践者研修・実践リーダー研修）

認知症対応型サービス事業開設者研修

認知症対応型サービス事業管理者研修

小規模多機能型サービス等計画作成担当者研修

を修了したことを証します。

　年　月　日

長野県知事

（様式第12号）

第　番

**修　了　証　書**

氏　名

生年月日

あなたは、認知症介護基礎研修フォローアップ研修

を修了したことを証します。

　年　月　日

長野県知事