

認知症介護指導者養成研修受講申込書

写真貼

募集要項の趣旨を理解し、研修を受講したく、下記のとおり申込みます。

令和3年 月 日

氏名 _____ 印 _____

フリガナ			性 別	男 女
氏 名			生年月日(年齢)	昭和・平成 年 月 日(歳)
職 場	法人種別		サービス種別	
	フリガナ		フリガナ	
	法 人 名		施設・事業所名	
	フリガナ			
	住 所	〒		
	電 話		F A X	
	E - m a i l			
連 絡 先 (職場以外)	フリガナ			
	住 所	〒		
	電 話		F A X	
	E - m a i l			
主 な 資 格 (登 録 番 号)		職 位 名	管理職	管理職以外
1 医師()	9 社会福祉士()	組 織 経 営		
2 保健師()	10 介護福祉士()	介 護 部 門		
3 助産師()	11 精神保健福祉士()	看 護 部 門		
4 看護師()	12 介護支援専門員()	リハビリ部門		
5 准看護師()	13 その他	相 談 員		
6 理学療法士()	[]	介護支援専門員		
7 作業療法士()		医 師		
8 言語聴覚士()		そ の 他		
その他の職位(他の職位を兼務している場合、主要な兼務の「サービス種別」「職場名」「職位」を記入する)				
健康状況	良好 ・ 加療中(服薬中) ・ 加療中(経過観察中)			*当てはまるものに○
介護実務経験 (サービス種別・職場名・職位名・期間を新しいものから書く)				総介護実務年数
1	(年間)			年
2	(年間)			
3	(年間)			
認知症介護に関する研修の受講歴 (当てはまる番号に○)		認知症介護基礎研修又は認知症介護実践研修の企画・立案に参画、又は講師として従事する予定		
1 認知症介護実践者研修 2 認知症介護実践リーダー研修 3 認知症介護実務者研修基礎課程 4 認知症介護実務者研修専門課程 5 その他 []				
認知症介護に関する研修の講師歴		Zoomによる受講環境	宿泊希望	
1				
2	有 無		有 無	
3				

認知症介護指導者養成研修修了後の役割の理解

認知症介護指導者養成研修修了後には、以下の役割を担うことが求められます。役割を理解した上で、□にチェックを付けてください。

- 認知症介護基礎研修、認知症介護実践者研修及び認知症介護実践リーダー研修を企画・立案し、講義、演習、実習の講師を担当することを理解している
- 介護保険施設・事業者等における介護の質の改善について指導する役割となることを理解している
- 自治体等における認知症施策の推進に寄与する役割となることを理解している

研 修 受 講 希 望 理 由

個人情報の取り扱いについて

私は、「令和3年度認知症介護指導者養成研修受講者募集要項」の「10 個人情報の取り扱い」について、同意します。

令和3年 月 日 _____ 印

(記入要領)

- 1 様式右上欄外に申込日前3か月以内の受講申込者の写真を貼付してください。
(3×2.4 cm程度)
- 2 氏名欄にはフリガナをつけてください。
- 3 現在の職場を職場欄に記入してください。なお「研修対象者の要件②(ア)過去において介護保険施設・事業所等に従事していた者」に該当する場合は、連絡先欄に記入してください。
- 4 主な資格欄は、
当てはまる資格の番号すべてに丸を付けてください。また、()内に当該資格の登録番号を記入してください。
その他の資格がある場合は()内に具体的に記入し、登録番号を記入してください。
- 5 職位名欄は、
ご自身の本務の職位として当てはまる欄に職位名を記入してください。
どの欄に書くかは、下の記入の目安を参考にしてください。

(記入の目安)

	管理職	管理職以外
組織経営	理事長・理事・施設長 ・副施設長など	
介護部門	介護長・介護主任・フロアリーダー ・副主任・ユニットリーダー等	ケアワーカー・介護士・寮母 ・寮夫・ホームヘルパー等
看護部門	総師長・看護部長・師長	看護師
リハビリ 部門	リハビリ科科長・リハビリ主任 ・リハビリ部門責任者等	理学療法士・作業療法士等
相談員	主任生活相談員	生活相談員等
介護支援 専門員	主任介護支援専門員・計画作成担当者等	介護支援専門員等
医師	病院長・医院長・医長など	医師
その他		

- 6 その他の職位欄は、
法人内で他の職位を兼務しているものがある場合は、主要な兼務の「サービス種別」「職場名」「職位」を記入してください。
- 7 介護実務経験に関する職歴欄は、「施設・事業者のサービス種別」「職場名」「職位」「期間」を、直近時から3か所程度記入してください。

(記入例)

- | | | | |
|---|-----------|--------|-----|
| 1 | 特養〇〇〇 | 施設長 | 〇年間 |
| 2 | 〇〇〇病院 | 介護主任 | 〇年間 |
| 3 | グループホーム〇〇 | ケアワーカー | 〇年間 |

総介護実務年数は、介護に携わった総実務年数を記入してください。

- 8 認知症介護に関する研修の受講歴欄は、当てはまる研修の番号に丸をつけてください。その他、受講した研修のうち主な研修名を記入して下さい。海外で受講した研修でも結構です。
- 9 認知症介護基礎研修又は認知症介護実践研修の企画・立案に参画、又は講師として従事する予定欄は、参画・従事の予定を簡潔に記入してください。
- 10 認知症介護に関する研修の講師歴欄は、研修対象者や場所は問いません。主なものを記入してください。
- 11 オンラインによる同時双方向の研修のための受講環境は、以下の①～④を前提としています。準備をお願いいたします。
- ①不特定多数に研修内容を閲覧されない環境
 - ②必要に応じ自由に発言できる環境
 - ③安定してインターネットに接続される（有線による接続を推奨）環境
 - ④PC で受講できる環境（パワーポイントなどを映したときに文字が見られる大きさの端末で受講できることを前提とし、タブレット端末は推奨しません。）
- 12 宿泊希望欄については、センター内の宿泊施設での宿泊希望の有無を丸印で記入してください。宿泊者の決定は、九州及び新潟地域等遠方が優先されますが、それらの地域での希望者が多い場合は先着順とします。
- なお、希望に沿えない場合には速やかに連絡いたします。
- 13 「認知症介護指導者養成研修修了後の役割の理解」では、認知症介護指導者養成研修修了後の役割を理解した上で、□にチェックを付けてください。
- 14 研修受講希望理由欄は、申し込んだ動機や受講希望者の特に強調したい認知症介護に関する考え方、および研修終了後、認知症介護指導者として地域でどのように活動しようとするか等を800字程度で簡潔に記入してください。
- 15 本要綱5頁「10 個人情報の取り扱い」について同意される方は、記名と捺印をお願いいたします。