

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7年 月 日

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		受講希望回		Zoom による受講環境	宿泊希望	
1		第 1 希望	第 2 希望	有 ・ 無	有 ・ 無	
2			第 3 希望			
3		第 回	第 回			

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7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7年 月 日

（自筆に限る）