（ 別 紙 ）

【 令和８年度 認知症介護実践者研修 受講申込書 記入上の注意 】

- 必要に応じ追加資料の提出を求めることがあります。
- 申込書類に不実又は錯誤した内容の記載をした場合は、受講及び修了を取り消すことがあります。
- 申込書類に記載された個人情報は、受講者の決定、受講者の名簿及び修了証書の作成など、研修事業の円滑な運営のために使用するほか、研修を修了された場合に、修了認定の手続きとして都道府県に提出する受講修了者名簿を作成するために使用いたします。受講申込みにあたっては、個人情報の利用について必ず受講希望者本人の同意を得て下さい。

＜受講申込者関係＞

1 「職種・役職等」欄

現在所属する施設・事業所における職種・役職等をご記入ください。

(例) 管理者、施設長、計画作成担当者、サービス提供責任者、介護主任、介護副主任、フロアリーダー、ユニットリーダー、介護員（ｹｱﾜｰｶｰ）、主任相談員、相談員 など

2 「介護業務の実務経験年数」欄

介護業務に従事した通算期間をご記入ください。

3 「介護業務実務経験歴（期間）」欄

複数ある場合現在に近いものから記入し、最初の行は希望する修受講月の月数も含めた見込みの月数をご記入して下さい。

4 「介護業務実務経験歴（職務内容）」欄

各々の施設・事業所において勤務した際の職名・職務の内容をご記入ください。

5 「取得している主な資格名」欄

取得している主な保健・医療・福祉に係る免許及び資格の名称をご記入ください。
なお、認知症介護基礎研修修了されている場合もご記入ください。
併せて、（ ）内に資格取得年・修了年をご記入ください。

(例) 介護福祉士、社会福祉士、精神保健福祉士、保健師、看護師、准看護師、理学療法士、作業療法士、社会福祉主事、介護支援専門員、訪問介護員（ ）級、認知症介護基礎研修修了 など

6 「受講理由」欄

受講を希望する理由のほか、特別な事情などあれば併せてご記入ください。

＜所属受講申込者関係＞

1 「会員区分」欄

会員とは、岡山県老人保健施設協会の正会員である法人に勤務している職員であること。
法人内で、老人保健施設以外の事業所に勤務している方は、法人が設置する老人保健施設名を（ ）に記入して下さい。（記入漏れの際には、正会員とはみなされない場合があります）

2 「施設・事業所名」欄、「施設事業所所在地」欄

受講者の所属する施設・事業所名とその住所をご記入ください。

3 「担当者」欄

受講者とは別に連絡の取れる担当者の氏名等をご記入ください。

4 「サービス事業所区分」欄

受講者が所属している所属施設・事業所のサービス事業所区分をご記入ください。

(例) 介護老人保健施設（老健）、介護老人福祉施設、介護療養型医療施設、特定施設入居者生活介護、短期入所療養介護、訪問介護、通所介護、通所リハビリテーション、居宅介護支援、小規模多機能型居宅介護、認知症対応型通所介護、認知症対応型共同生活介護（ｸﾞﾙｰﾌﾟﾎｰﾑ）、夜間対応型訪問介護、短期入所生活介護、訪問看護 など

5 「申込優先順位」欄

同一施設・事業所から複数申し込む場合、本受講申込者の優先順位をご記入下さい。

6 「他団体への申込」欄

他団体が主催する認知症介護実践研修（実践者研修）へ申込みしている場合は有に☑して下さい。