

(様式1)

一般社団法人 北海道認知症グループホーム協会

2020年度認知症介護実践研修（実践リーダー研修）

**受講依頼書**

年 月 日

一般社団法人 北海道認知症グループホーム協会

会長 宮崎 直人 様

(法 人 名)

(法人代表者氏名)

印

次の職員について、一般社団法人北海道認知症グループホーム協会 2020年度認知症介護実践研修（実践リーダー研修）の受講を依頼します。

職員氏名	所属施設・事業所名	職 名

(様式2)

一般社団法人 北海道認知症グループホーム協会  
2020年度認知症介護実践研修 (実践リーダー研修)

## 受講申込書

◎記載漏れや誤りのないよう、必ず裏面の注意事項をご参照の上、必要事項にご記入、もしくは☑をつけてください。

会員	<input type="checkbox"/> GH協 (グループホーム) <input type="checkbox"/> GH協 (賛助) ( ) <input type="checkbox"/> デイ協 (デイ・認知症対応型デイ)
非会員	<input type="checkbox"/> グループホーム <input type="checkbox"/> デイ <input type="checkbox"/> 認知症対応型デイ <input type="checkbox"/> 小規模多機能型居宅介護事業所 <input type="checkbox"/> 看護小規模多機能型居宅介護事業所 <input type="checkbox"/> 特養 <input type="checkbox"/> 老健 <input type="checkbox"/> 訪問介護・看護 <input type="checkbox"/> その他 ( )

GH協は「北海道認知症グループホーム協会」、デイ協は「北海道デイサービスセンター協議会」を指す。

ふりがな				性 別	男 ・ 女	
氏 名	生年月日	昭和	年		月	日
		平成				
職名 (※1)	開設年月(※2)			年		月
法人名						
事業所・施設名						
事業所・施設所在地 (※3)	〒					
緊急連絡先 (※4)	TEL :	FAX :	連絡担当者名 :			
	TEL :	FAX :	連絡担当者名 :			
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 (例: 榊〇〇 GH〇〇)		職務内容	
	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 (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) <b>合 計</b> 年 ヶ月 (研修受講日現在)						
主な資格 (※5)	取 得 年 月	免 許 ・ 資 格				
	年 月					
	年 月					
	年 月					
研修修了状況	認知症介護実践研修 (実践者研修) (又は 認知症介護実務者研修 (基礎過程)) (修了日 年 月 日・証書番号 第 号) <b>※修了証書の写しを添付してください。</b>					
受講理由 (※6)						

裏面へ続く

**必ず全項目記載してください。裏面もご確認ください。**

## 【注意事項】

- ※1 介護主任等、現在の施設・事業所での職務内容がわかるように記載してください。
- ※2 開設済みの施設・事業所は開設した年月を、今後開設が予定されている施設・事業所は開設予定年月を記入してください。
- ※3 必ず受講者の所属する施設・事業所の住所をご記入ください。  
開設準備中の場合は、設立予定地をご記入ください。  
なお、開設済・開設準備中に拘らず、別に連絡先を指定する場合は下記にご記入ください。

住所	〒		連絡先 名称		
電話		FAX		担当者	

- ※4 災害等で研修日程が急遽変更・中止になる場合等に使用いたします。法人や事業所の連絡先をご記入願います。
- ※5 保健・医療・福祉に係る免許及び資格については、正式名称を御記入ください。  
例：介護支援専門員、社会福祉士、介護福祉士、精神保健福祉士、保健師、看護師、准看護師、訪問介護員など
- ※6 「受講理由」の欄には、受講を希望する理由・事情などを記入してください。
- ※その他 座席等に必ず配慮が必要な場合（お体に障がいがある等）がございましたらご記入ください。

--

(様式3)

一般社団法人 北海道認知症グループホーム協会  
2020年度 認知症介護実践研修 (実践リーダー研修)

**実務経験証明書**

年 月 日

一般社団法人 北海道認知症グループホーム協会  
会長 宮崎 直人 様

事業所等の  
所在地及び名称  
代表者名



(電話番号 )

次の者は、以下のとおり**認知症高齢者介護の実務経験**を有することを証明します。

フリガナ	
氏 名	(昭和・平成 年 月 日生)
施設(事業)種類	(指定・許可等の日付 年 月 日)
施設名又は事業所名	
従事職種	
従事期間 (注2)	年 月 日 ~ 年 月 日まで
うち介護等の業務に 従事した年月 (注2)	年 ヶ月

- 注1 **勤務した施設・事業所ごと**に、その施設・事業所の長又は代表者が発行した実務経験証明書を提出してください。
- 2 実務経験については、介護保険施設(特別養護老人ホーム、介護老人保健施設又は介護療養型医療施設)、訪問介護(ホームヘルプサービス)事業、訪問看護事業、通所介護(デイサービス)事業、通所リハビリテーション(デイケア)事業、認知症対応型共同生活介護(グループホーム)事業等における**認知症高齢者介護の実務経験が対象**となります。
- 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。

