

(様式1)

一般社団法人 北海道認知症グループホーム協会

2024年度認知症介護実践研修（実践者研修）及び

認知症対応型サービス事業管理者研修

第 回 会場 実践者研修／管理者研修

## 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 2024年度認知症介護実践研修（実践者研修）及び認知症対応型サービス事業管理者研修の受講を依頼します。

なお、受講申込書（様式2）の主な職歴及び経験年数については、記載のとおりであることを証明します。

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

2024年度認知症介護実践研修(実践者研修) / 認知症対応型サービス事業管理者研修

## 第 回 会場 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。

受講を希望する研修 *該当する研修に☑	<input type="checkbox"/> 1. 認知症介護実践研修(実践者研修)のみ			
	* <input type="checkbox"/> 2. 認知症介護実践研修(実践者研修) 及び 認知症対応型サービス事業管理者研修			
	* <input type="checkbox"/> 3. 認知症対応型サービス事業管理者研修のみ (既に実践者研修受講済の方)			
受講理由(複数可) *☑と記入	<input type="checkbox"/> 1. 計画作成担当者予定( )月 <input type="checkbox"/> 2. スキルアップの為			
	<input type="checkbox"/> 3. リーダー研修受講の為 <input type="checkbox"/> 4. 新規開設予定( )月 <input type="checkbox"/> 5. 認知症加算取得の為 * <input type="checkbox"/> 6. 管理者予定( 年 月 ) <input type="checkbox"/> 7. その他( )			
*管理者研修を受講する方は「6. 管理者予定」欄に管理者就任予定時期を記載願います。また、異動予定の方は就任予定先も記載願います。				
ふりがな		性別	男 ・ 女	
氏名		生年月日	昭・平	年 月 日
携帯電話		職名		
法人・会社名				
事業所・施設名		開設年月(※1)	年 月	
事業所・施設所在地(※2)	〒			
緊急連絡先	TEL :	FAX :	連絡担当者名 :	
	TEL :	FAX :	連絡担当者名 :	
主な職歴 (現に勤務する事業所・施設での経験年数も含む。)	期間	通算期間	法人名+事業所名(例:株〇〇 GH〇〇)	職務内容
	年 月～ 年 月	年 月		
	年 月～ 年 月	年 月		
	年 月～ 研修受講日	年 月		
○「介護保険施設・事業所において認知症介護業務に従事した年数」又は「居宅介護支援事業所等で居宅サービス計画等の作成に従事する介護支援専門員として認知症の利用者に係る計画等作成の業務に従事した年数」の職歴・経験年数を記入。 ○「介護業務」と「計画作成業務」の従事年数の合算による2年以上は不可。どちらかの従事年数を記入。 <b>合計 年 月 (研修受講日時点)</b>				
主な資格 (※3)	取得年月	免許・資格		
	年 月			
	年 月			
研修修了状況 (※4)	認知症介護基礎研修	有(修了 年 月・証書番号 第 号) 無		
	認知症介護実践研修(実践者研修) ※または、認知症介護実務者研修(基礎過程)等	有(修了 年 月・証書番号 第 号) 無		

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 開設済みの事業所・施設は開設した年月を、今後開設が予定されている事業所・施設は開設予定年月を記入してください。
- ※2 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		F A X		担当者	

- ※3 保健・医療・福祉に係る免許及び資格については、正式名称をご記入ください。  
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

- ※4 「研修修了証書」の写しを添付してください。

## 【管理者研修のみ受講者】

「認知症介護実践研修（実践者研修）」などの修了証書の写し  
（募集要項 2研修対象者 管理者研修（2）の表 を参照）

- ※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4)

一般社団法人 北海道認知症グループホーム協会

2024年度 認知症介護実践研修（実践者研修）／認知症対応型サービス事業管理者研修

**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

職印

(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」又は「居宅サービス計画等の作成に従事する介護支援専門員であって、認知症の利用者に係る計画等作成の経験」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)
事業所名 又は施設名	
従事職種	
従業期間	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。**現事業所分で2年に満たない場合は前事業所分も取得してください。**

2 実務経験については、以下のどちらかが対象となります。**両方の経験年数は合算できません。**

・介護保険施設・事業所等における**認知症高齢者介護の実務経験**

・居宅介護支援事業所等で居宅サービス計画等の作成に従事する介護支援専門員の**認知症の利用者に係る計画等作成の経験**

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。