

(様式1)

一般社団法人 北海道認知症グループホーム協会

平成29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****受講依頼書及び実習生受入承諾書**

平成 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 平成29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。

また、受講が決定した際には、他施設実習における実習生受け入れの依頼があった場合は、それを承諾いたします。

職員氏名	所属施設・事業所名	職 名



## 【注意事項】

- ※1 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してください。  
また、認知症対応型共同生活介護、認知症対応型通所介護、小規模多機能型居宅介護、看護小規模多機能型居宅介護事業所以外に所属されている方は、いつからどちらの管理者になる予定なのかもご記入ください。
- ※2 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。
- ※3 必ず受講者の所属する施設・事業所の住所を御記入ください。  
開設準備中の場合は、設立予定地を御記入ください。  
なお、別に連絡先を指定する場合は、下記に御記入ください。

住所	〒			連絡先 名称	
電話		FAX		担当者	

- ※4 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
- ※5 研修修了証書の写を添付してください。  
(以前に「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(基礎課程)」を受講済みの方で、今回「認知症対応型サービス事業管理者研修」のみを受講する場合。)
- ※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)

**第 回実践者研修／管理者研修 他施設実習 実習生受入日程調整表**

他施設実習については、受講者の所属事業所・施設間の相互受入において、1日間実習を行います。

受講希望会場の下記の期間にて、他施設の実習生の受入をしていただきますのでご協力ください(受講生の所属事業所・施設での受入が難しい場合、同法人の別事業所・施設でも構いません)。

回答に基づき調整し、実習生が決まり次第ご連絡いたします。また、受講決定通知発送時又は別途、各受講者に発表いたしますので、受入事業所名、受入ご担当者名、ご連絡先等もご記入ください。

※ 受講希望会場の欄のみについて、**実習生の受入れが可能な日に、受講お申込人数以上**をご記入ください(開設前、または開設後1年未満の場合はご記入不要です)。未記入・受入不可の場合は、**受講していただけない場合がございます。**

※ 管理者研修のみの方は他施設実習はございませんが、実践者研修受講者の他施設実習の受入をお願いする場合がございますので、ご提出をお願いいたします。

**第1回 札幌会場**

日付	受入可能人数	日付	受入可能人数
5月22日(月)	人	5月23日(火)	人

**第2回 旭川会場**

日付	受入可能人数	日付	受入可能人数
7月10日(月)	人	7月11日(火)	人

**第3回 幕別会場**

日付	受入可能人数	日付	受入可能人数
8月7日(月)	人	8月8日(火)	人

**第4回 苫小牧会場**

日付	受入可能人数	日付	受入可能人数
9月11日(月)	人	9月12日(火)	人

法人名 \_\_\_\_\_ 受入事業所名 \_\_\_\_\_

受入ご担当者名 \_\_\_\_\_ ふりがな \_\_\_\_\_

受入事業所住所 \_\_\_\_\_ ご連絡先 TEL \_\_\_\_\_



(様式5)

一般社団法人 北海道認知症グループホーム協会

平成29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**

平成 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 昭和・平成 年 月 日)
事業所名 又は施設名	
従事職種	
従業期間	平成 年 月 日 ~ 平成 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(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**
- ・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。