

(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30年度認知症介護実践研修（実践リーダー研修）

第 回実践リーダー研修受講依頼書

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30年度認知症介護実践研修
(第 回実践リーダー研修) の受講を依頼します。

職 員 氏 名	所 属 施 設 ・ 事 業 所 名	職 名

【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事業所・施設の住所を御記入ください。開設準備中の場合は、設立予定地をご記入ください。

なお、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 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

- ※5 「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
平成30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

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

(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 昭和・平成 年 月 日)
施設名又は事業所名	
従事職種	
従事期間 (注2)	昭和・平成 年 月 日 ~ 昭和・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。
- 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。

