

(様式1)

## 一般社団法人 北海道認知症グループホーム協会

2025年度認知症介護実践研修（実践リーダー研修）

第 回 会場 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 2025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。

なお、受講申込書（様式2）の主な職歴及び認知症介護の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  
2025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・平	年 月 日			
携帯電話	職名 (※1)					
法人名						
事業所・施設名	開設年月(※2)			年 月		
事業所・施設所在地 (※3)	〒					
緊急連絡先	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: ㈱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 年 ヶ月 (研修受講日現在)</b> ※職務内容は、事務職・施設長・生活相談員等のみでは、認知症介護業務とみなしません。 兼務の場合「兼介護職」等とご記入ください。 ※看護師の方で介護職を兼務されている場合は「兼介護職」とご記入ください。						
主な資格 (※4)	取得年月	免許・資格				
	年 月					
	年 月					
	年 月					
※介護福祉士資格取得10年以上かつ1,800日以上の実務経験で受講する方は、 <u>介護福祉士の登録証の写しを添付</u> してください。						
研修修了状況	認知症介護実践研修 (実践者研修) (修了日 年 月 日・証書番号 第 号) ※介護業務概ね5年以上かつリーダー又はリーダー予定かつ実践者研修修了1年以上で受講する方は、 <u>修了証書の写しを添付</u> してください。					
受講理由 (※5)						

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 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  
2025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 従事した年月日数 (どちらか一方を記入) (注2)	認知症介護実践者研修修了で受講の方	介護福祉士資格で受講の方
	年 月	日

- 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 **認知症介護実践者研修修了し1年以上経過**で受講の方  
→現事業所分で実務経験5年に満たない場合は、前事業所分も取得してください。  
**介護福祉士資格を取得した日から10年以上かつ1,800日以上の実務経験**で受講の方  
→・介護福祉士資格を取得した日からの分についてご記入ください。  
・現事業所分で実務経験1,800日に満たない場合は、前事業所分も取得してください。
- 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。

