

(様式1)

北海道デイサービスセンター協議会
令和5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

北海道デイサービスセンター協議会
会 長 岸 田 喜 幸 様

(法 人 名)

(法人代表者氏名)

印

次の職員について、北海道デイサービスセンター協議会令和5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)

北海道デイサービスセンター協議会
令和5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

◎必ず裏面の注意事項をご参照の上、必要事項ご記入、もしくは☑をつけてください。

会員	<input type="checkbox"/> デイ協(通所介護・認知症対応型通所介護)	<input type="checkbox"/> 老施協(特養・養護・経費・ケアハウス)
	<input type="checkbox"/> GH協(グループホーム)	
非会員	<input type="checkbox"/> 通所介護 <input type="checkbox"/> 認知症対応型通所介護 <input type="checkbox"/> 特養 <input type="checkbox"/> 養護 <input type="checkbox"/> 軽費・ケアハウス <input type="checkbox"/> グループホーム	
	<input type="checkbox"/> 老健 <input type="checkbox"/> 訪問介護・看護 <input type="checkbox"/> 小規模多機能型居宅事業所 <input type="checkbox"/> その他()	

デイ協とは「北海道デイサービスセンター協議会」、老施協とは「北海道老人福祉施設協議会」、GH協とは「北海道認知症グループホーム協会」を指す。

受講希望研修 ☑をつけてください	<input type="checkbox"/> 1. 認知症介護実践研修（実践者研修）
	<input type="checkbox"/> 2. 認知症対応型サービス事業管理者研修 ※すでに実践者研修受講済みの方
	<input type="checkbox"/> 3. 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（同時受講）
受講理由 (※1) ☑をつけてください	<input type="checkbox"/> 1. 認知症加算取得のため <input type="checkbox"/> 2. スキルアップのため <input type="checkbox"/> 3. リーダー研修受講のため
	<input type="checkbox"/> 4. 計画作成担当者が不在または不在予定 (月) <input type="checkbox"/> 5. 新規開設予定 (月) <input type="checkbox"/> 6. 管理者予定 (月) <input type="checkbox"/> 7. その他 ()

ふりがな		男	職 名	
氏 名		女	生年月日	昭和・平成 年 月 日
法人名 会社名		施設・事業所 住所 (※2)		〒
施 設 事業所名		TEL		
		FAX		
メールアドレス(※3)				

主な職歴 (現に勤務する施設・事業所での経験年数も含む。) (※4)	期 間	通算期間	事業所名	事業種別	職務内容
	年 月～ 年 月	年 ヶ月			
	年 月～ 年 月	年 ヶ月			
	年 月～研修受講日	年 ヶ月			
○「介護保険施設、認知症高齢者グループホーム、通所介護、訪問介護、通所リハビリテーションの事業所等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等して、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・経験年数をご記入ください。 ○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。					
合 計 年 月 (研修受講日まで)					

主な資格 (※5)	取得年月	免 許 ・ 資 格
	年 月	
	年 月	
	年 月	

研修受講歴 (※6)	実践者研修 または、認知症介護実務者研修【基礎過程】	(交付 年 月 日・証書番号 第 号)
---------------	-------------------------------	---------------------

【注意事項】

- ※1 「受講理由」は応募者多数の場合に参考にしますので必ずご記入ください。
- ※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、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	〒 開設予定日 年 月 予定		
連絡先名称		担当者名	(役職)
電話番号		FAX 番号	

- ※3 メールにて連絡する場合がありますので、間違いのないよう必ず記載してください。
- ※4 職歴と実務経験証明書の従事期間は一致させてください。また1施設で2年以上従事している場合は、実務経験証明書は2年以上ある施設の種類1枚のみで結構です。
- ※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
- ※6 研修修了証書の写し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)」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」を受講する場合は、必ず添付してください。)

(様式4)

北海道デイサービスセンター協議会

令和5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

北海道デイサービスセンター協議会
会長 岸田 喜幸 様

施設等の

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 従事した年数 (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。また、従事期間並びに年数が要件の2年以上を満たさない場合は、研修日までを見込んで(見込)と追記ください。

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。