

ゴールドエイジ
令和7年度 第1回 認知症介護実践者研修

下記の通りゴールドエイジ令和7年度 第1回認知症介護実践者研修(保険者推薦の指定地域密着型サービス事業所介護職員等)の受講を申し込みます。

1. 受講申込法人

申込日: 令和 年 月 日

法人所在地	〒 ー ー ー		
	都・道 府・県		
フリガナ			
法人名称			
代表者職氏名	印 ※代表者職氏名の印は、代表者の個人印ではなく、法人の代表者印を押印願います。		
申込担当者職氏名			
電話番号	ー ー ー	F A X番号	ー ー ー
※開設準備中の場合の連絡先			
電話番号	ー ー ー	F A X番号	ー ー ー

2. 受講対象者

フリガナ			
氏名			
生年月日	大正・昭和・平成	年	月 日
	※修了証に記入しますので必ずご記入願います。		
認知症介護経験年数	年	ヶ月	※過去に他事業所で経験した年数も合せて記入願います。
優先順位	第	位	※同一事業所から申し込みをされる場合は優先順位を記入願います。
計画作成担当者	就任日: 令和 年 月 日 (就任予定日: 令和 年 月 日)		
管理者	就任日: 令和 年 月 日 (就任予定日: 令和 年 月 日)		
認知症介護実践リーダー研修の受講	受講を予定している ・ 受講を予定していない		
職種	1. 介護福祉士 2. 介護職員 3. 正看護師 4. 准看護師 5. 介護支援専門員(ケアマネ) 6. 理学療法士 7. 作業療法士 8. 管理栄養士 9. 栄養士 10. (支援)相談員 11. 管理者 12. 計画作成担当者 13. その他()		
介護支援専門員証有効期間	令和 年 月 日		
基礎資格 ※複数回答可	1. 介護福祉士 2. 介護職員実務者研修(ホームヘルパー1級) 3. 介護職員初任者研修(ホームヘルパー2級) 4. 正看護師 5. 准看護師 6. 介護支援専門員(ケアマネ) 7. 理学療法士 8. 作業療法士 9. 管理栄養士 10. 栄養士 11. 社会福祉士 12. 社会福祉主事 13. その他()		

3. 所属施設又は事業所

所属する施設又は事業所の名称			
事業種別 () ※左記から選び()内に番号を入力願います。	推薦状が必要な 地域密着型 サービス	1. 認知症対応型共同生活介護(グループホーム) 2. 小規模多機能型居宅介護 3. 認知症対応型通所介護(認知症デイサービス) 4. (地域密着型)看護小規模多機能型居宅介護(複合型サービス)	
所属する施設又は事業所の住所	〒 ー ー ー 都・道 府・県		
事業所電話番号	ー ー ー	ー ー ー	ー ー ー
事業所F A X番号	ー ー ー	ー ー ー	ー ー ー
メールアドレス	※携帯メールアドレスは不可		
※開設準備中の場合(受講生への連絡先)			
電話番号	ー ー ー	F A X番号	ー ー ー

4. 職場実習実施予定施設(所属施設又は事業所内で実習を行う場合は記入の必要はございません。)

所在地	〒 ー ー ー 都・道 府・県		
施設名(事業所名)		事業種別※	

※事業種別は、2受講対象者の事業種別より選択し、該当番号を記入願います。

5. 認知症介護実践研修「実践者研修」受講の為のレポートについては、受講決定通知後に提出していただきます。

レポートは、次の事に留意して作成してください。(このレポートは受講決定者ご本人が作成してください。)

レポートは、下記の①及び②のキーワードを基に200文字以上1000文字未満で記述して下さい。

① 今回の研修をなぜ 受講しようと思ったのか?

② あなたの考える認知症介護とは?

※別添レポート用紙又は任意のレポート用紙によりご提出ください。ご提出いただいたレポートは講義の参考とする為、講師へ配布致します。レポートはパソコン入力により作成してください。

下記の通りゴールドエイジ令和●年度 第●回認知症介護実践者研修(保険者推薦の指定地域密着型サービス事業所介護職員等)の受講を申し込みます。

1. 受講申込法人

申込日: 令和 ○ 年 ○ 月 ○ 日

法人所在地	〒 5 1 1 - 1 2 3 4				三重 都・道府県 ○○○市○○町○○123番地						
フリガナ	カブシキカイシャエンマル										
法人名称	株式会社○○										
代表者職氏名	見本 花子				※代表者職氏名の印 法人の代表者印を押印願います。						
申込担当者職氏名	見本 太郎										
電話番号	000	-	000	-	0000	F A X番号	000	-	000	-	0000
※開設準備中の場合の連絡先											
電話番号	000	-	000	-	0000	F A X番号	000	-	000	-	0000

こちらの申込書は、推薦状が必要な地域密着型サービス事業所専用の申込用紙です。
その他のサービス事業所につきましては、ゴールドエイジホームページよりお申し込みください。

2. 受講対象者

フリガナ	ミホンタロウ										
氏名	見本 太郎										
生年月日	大正・昭和・平成	1	年	2	月	3	日	※修了証に記入しますので必ずご記入願います。			
認知症介護経験年数	4	年	5	ヶ月	※過去に他事業所で経験した年数も合せて記入願います。						
優先順位	第	1	位	※同一事業所から申し込みをされる場合は優先順位を記入願います。							
計画作成担当者	就任日: 令和 ○ 年 ○ 月 ○ 日 (就任予定日: 令和 ○ 年 ○ 月 ○ 日)										
管理者	就任日: 令和 ○ 年 ○ 月 ○ 日 (就任予定日: 令和 ○ 年 ○ 月 ○ 日)										
認知症介護実践リーダー研修の受講	受講を予定している <input checked="" type="checkbox"/> ・ 受講を予定していない <input type="checkbox"/>										
職種	<input checked="" type="checkbox"/> 介護福祉士 <input type="checkbox"/> 介護職員 <input type="checkbox"/> 正看護師 <input type="checkbox"/> 准看護師 <input type="checkbox"/> 介護支援専門員(ケアマネ) <input type="checkbox"/> 理学療法士 <input type="checkbox"/> 作業療法士 <input type="checkbox"/> 管理栄養士 <input type="checkbox"/> 栄養士 <input type="checkbox"/> (支援)相談員 <input type="checkbox"/> 管理者 <input type="checkbox"/> 計画作成担当者 <input type="checkbox"/> その他()										
介護支援専門員証有効期間	令和 ○ 年 ○ 月 ○ 日										
基礎資格 ※複数回答可	<input checked="" type="checkbox"/> 介護福祉士 <input type="checkbox"/> 介護職員実務者研修(ホームヘルパー1級) <input type="checkbox"/> 介護職員初任者研修(ホームヘルパー2級) <input type="checkbox"/> 正看護師 <input type="checkbox"/> 准看護師 <input type="checkbox"/> 介護支援専門員(ケアマネ) <input type="checkbox"/> 理学療法士 <input type="checkbox"/> 作業療法士 <input type="checkbox"/> 管理栄養士 <input type="checkbox"/> 栄養士 <input type="checkbox"/> 社会福祉士 <input type="checkbox"/> 社会福祉主事 <input type="checkbox"/> その他()										

開設準備中の場合のみ、連絡先を記入願います。

3. 所属施設又は事業所

所属する施設又は事業所の名称	グループホーム○○										
事業種別 (1)	推薦状が必要な地域密着型サービス 1. 認知症対応型共同生活介護(グループホーム) 2. 小規模多機能型居宅介護 3. 認知症対応型通所介護(認知症デイサービス) 4. (地域密着型)看護小規模多機能型居宅介護(複合型サービス)										
所属する施設又は事業所の所在地	〒 5 1 1 - 1 2 3 4				三重 都・道府県 ○○○市○○町○○123番地						
事業種別	00	-	000	-	0000	※					
事業種別	00	-	000	-	0000	※					
メールアドレス	○○○○○@example.com										
※開設準備中の場合(受講生への連絡先)											
電話番号	000	-	000	-	0000	F A X番号	000	-	000	-	0000

左記の中から種別を選んで番号を記入願います。
この場合は グループホーム となるので1を入力します。

研修会が開始後受講生へ連絡を入れる場合がありますので、開設準備中の場合は、必ず記入願います。

4. 職場実習実施予定施設(所属施設又は事業所内で実習を行う場合は記入の必要はございません。)

所在地	〒 5 1 1 - 1 2 3 4				三重 都・道府県 ○○○市○○町■■456番地						
施設名(事業所名)	グループホーム■■					事業種別※	1				

※事業種別は、3受講対象者の事業種別より選択し、該当番号を記入願います。

所属事業所と職場実習先が違う場合

5. 認知症介護実践研修「実践者研修」受講の為のレポートについては、受講決定通知後に

レポートは、次の事に留意して作成してください。(このレポートは受講決定者ご本人が作成してください。)
レポートは、下記の①及び②のキーワードを基に200文字以上1000文字未満で記述して下さい。
① 今回の研修をなぜ 受講しようと思ったのか?
② あなたの考える認知症介護とは?
※別添レポート用紙又は任意のレポート用紙によりご提出ください。ご提出いただいたレポートは講義の参考とする為、講師へ配布致します。レポートはパソコン入力により作成してください。