別紙様式１

写真貼

認知症介護指導者フォローアップ研修受講申込書

募集要項の趣旨を理解し、研修を受講したく、下記のとおり申込みます。

　　　　令和　　年　　月　　日

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| フリガナ |  | | | | | | | 性別 | 男　　　　　女 | | |
| 氏　名 |  | | | | | | | 生年月日（年齢） | 昭和・平成　　年　　月　　日（　　歳） | | |
| 職場 | 法人種別 | |  | | | | | サービス種別 |  | | |
| フリガナ | |  | | | | | フリガナ |  | | |
| 法人名 | |  | | | | | 施設・事業所名 |  | | |
| フリガナ | |  | | | | | | | | |
| 住所 | | 〒 | | | | | | | | |
| 電話 | |  | | | | | FAX |  | | |
| E-mail | |  | | | | | | | | |
| 連絡先  （職場以外） | フリガナ | |  | | | | | | | | |
| 住所 | | 〒 | | | | | | | | |
| 電話 | |  | | | | FAX | |  | | |
| E-mail | |  | | | | | | | | |
| 主　な　資格（登録番号） | | | | | | | | 職位名 | 管理職 | 管理職以外 | |
| １　医師（　　　　　　　　　　　）  ２　保健師（　　　　　　 　　　）  ３　助産師（　　　　　　　　 　）  ４　看護師（　　　　　　　　　 ）  ５　准看護師（　　　　　　　 ）  ６　理学療法士（　　　　　　　）  ７　作業療法士（　　　　　　　）  ８　社会福祉士（　　　　　　　） | | | | ９ 介護福祉士（　　　　　　　）  10　言語聴覚士（　　　　　　　）  11　精神保健福祉士（　　　　）  12　介護支援専門員（　　　　）  13　その他 | | | | 組織経営 |  |  | |
| 介護部門 |  |  | |
| 看護部門 |  |  | |
| リハビリ部門 |  |  | |
| 相談員 |  |  | |
| 介護支援専門員 |  |  | |
| 医師 |  |  | |
| その他 |  |  | |
| 健康状況 | 良好　・　加療中（　服薬中　）　・　加療中（　経過観察中　）＊当てはまるものに○ | | | | | | | | | | |
| 認知症介護指導者養成研修受講歴　　　　　　　年度　第　　　回　（第　　　期）修了生 | | | | | | | | | | | |
| 主な職歴　（サービス種別・職場名・職位名・期間を新しいものから書く） | | | | | | | | | | | 総介護実務年数 |
| １ | | | | | | | | | | | 年 |
| ２ | | | | | | | | | | |
| ３ | | | | | | | | | | |
| 講師として関与した認知症介護に関する研修名及び担当科目名 | | | | | | | | | | | |
| 開催年月 | | 研修名 | | | | 担当科目名 | | | | | |
|  | |  | | | |  | | | | | |
|  | |  | | | |  | | | | | |
|  | |  | | | |  | | | | | |
| 研修受講  希望理由 | |  | | | | | | | | | |
| 受講希望回　 （○をつける） | | | | | 第１希望  第１回　・　第２回 | | | | 第２希望  第１回　・　第２回 | | |
| 集合研修の場合 | | | | | 宿泊希望 ：　　有 　・ 　無 | | | | 駐車場希望 ：　有　 ・　 無 | | |

　　<次頁に続く>

個人情報の取り扱いについて

私は、「令和７年度認知症介護指導者フォローアップ研修受講者募集要項」の　「11　個人情報の取り扱い」について、同意します。

令和　 年　　月　　日

（自筆に限る）

**別紙様式１　「認知症介護指導者フォローアップ研修受講申込書」記入要領**

１　様式右上欄外に申込日前3か月以内の受講希望者の写真を貼付してください。  
（縦3cm×横2.4cm程度）

２　氏名欄にはフリガナをつけてください。

３　現在の職場を職場欄に記入してください。職場のない方は、連絡先欄に記入してください。

４　主な資格欄には、当てはまる資格番号のすべてに丸を付けてください。また、（　）内

に該当資格の登録番号を記入してください。

５　指導者養成研修受講歴欄には、修了した年度、回または修了期を記入してください。

６　主な職歴欄には、直近時から３か所程度記入してください。

（記入例）

　　　１　特養○○○　　○年○月～　現在

　　　２　○○○病院　　○年○月～○年○月

　３　○○保健所　　○年○月～○年○月

７　講師として関与した認知症介護に関する研修名及び担当科目名欄には、主な研修名及

び担当した科目名を５項目程度記入してください。

（記入例）

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 開催年月 | 研修名 | 担当科目名 |
| 平成○○年○月 | 認知症介護実践者研修 | 認知症介護の理念 |
| ～ | ～ | ～ |

８　研修受講希望理由欄には、申し込んだ動機や受講希望者の特に強調したい認知症介護指導者としての考え等を簡潔に記入してください。

９　受講希望回については、受講を希望する回について第２希望まで記入して下さい。第１回または第２回のいずれかにしか受講できない場合は、第１希望のみ記入してください。

１０　宿泊希望と駐車場希望欄には、集合研修の際に大府センターの宿泊室と駐車場の利用希望の有無を丸印で記入してください。なお、希望に添えない場合は速やかにご連絡します。

１１　オンラインによる同時双方向の研修のための受講環境は、以下の①～④を前提としています。準備をお願いいたします。

①不特定多数に研修内容を閲覧されない環境

1. 必要に応じ自由に発言できる環境
2. 安定してインターネットに接続される（有線による接続を推奨）環境
3. PCで受講できる環境（パワーポイントなどを映したときに文字が見られる大きさ　　　の端末で受講できることを前提とし、タブレット端末は推奨しません。）

１２　本要綱3頁「11　個人情報の取り扱い」について同意される方は、自筆による署名をお願いします。