

令和5年度 東京都認知症介護実践者研修 (第17・18・19・20回共通)  
認知症対応型サービス事業管理者研修 (第6回)

## 受講申込書

東京都知事 殿

法人名			
(事業所名)			
申込者(受講希望者の所属長)		役職	所属長氏名
事務連絡先	郵便番号		
	所在地		
	事業所名		
	連絡先 TEL		
	連絡先 FAX		
	連絡担当者氏名		

標記の研修について、パンフレットに記載の注意事項を確認した上で、下記の者を受講させたく、申込みます。

ふりがな					
受講希望者氏名					
生年月日	<input type="checkbox"/> 昭和	<input type="checkbox"/> 平成	年 月 日		
受講したい研修 ※同時申込の場合は、両方に☑	<input type="checkbox"/> 1 認知症介護実践者研修	→ 都合の悪い研修回があれば、×をつけてください。 ×がついていない場合は「いずれも都合が良い」ということで受理します。	<table border="1"><tr><td>第17・18回</td></tr><tr><td>第19・20回</td></tr></table>	第17・18回	第19・20回
第17・18回					
第19・20回					
受講目的 ※どちらかに☑	<input type="checkbox"/> 1 認知症対応型サービスの開設のため	※どちらにも該当しない場合は、区市町村推薦申込の対象外です。直接申込にてお申込みください。			
	<input type="checkbox"/> 2 認知症対応型サービスの管理者・計画作成担当者の変更のため				

開設予定または管理者・計画作成担当者変更予定の事業所について

事業所名称				※仮称でも可
事業所所在地				
事業所サービス種別	<input type="checkbox"/> 1 認知症対応型共同生活介護	<input type="checkbox"/> 2 認知症対応型通所介護	<input type="checkbox"/> 3 小規模多機能型居宅介護	<input type="checkbox"/> 4 看護小規模多機能型居宅介護
開設/変更 予定時期	令和 年 月 日頃	※具体的な就任予定が近い方を優先します。		
開設後/変更後の役職	<input type="checkbox"/> 1 管理者	<input type="checkbox"/> 2 計画作成担当者	<input type="checkbox"/> 3 管理者兼計画作成担当者	
【開設の場合のみ】 事業者指定申請の予定	令和 年 月 日頃			
【変更の場合のみ】 変更の理由	<input type="checkbox"/> 1 人事異動	<input type="checkbox"/> 2 その他 ( )		

【受講希望者の現所属施設・事業所】 ※受講希望者が複数のサービスに従事している場合は、主に従事しているサービス一つについてご記入ください。

事業所名称				※研修期間中に所属の変更が予定されている場合は、新名称と変更時期等
所在区市町村			所在地コード番号	※パンフレットP.11参照
サービスの種類 (主に従事しているもの1つ)	<input type="checkbox"/> 1 介護老人福祉施設	<input type="checkbox"/> 2 介護老人保健施設	<input type="checkbox"/> 3 介護医療院	<input type="checkbox"/> 4 小規模多機能型居宅介護
	<input type="checkbox"/> 5 訪問介護	<input type="checkbox"/> 6 通所介護	<input type="checkbox"/> 7 認知症対応型通所介護	<input type="checkbox"/> 8 認知症対応型共同生活介護
	<input type="checkbox"/> 9 特定施設入居者生活介護	<input type="checkbox"/> 10 訪問看護	<input type="checkbox"/> 11 訪問入浴	<input type="checkbox"/> 12 通所リハビリテーション
	<input type="checkbox"/> 13 短期入所生活介護	<input type="checkbox"/> 14 短期入所療養介護	<input type="checkbox"/> 15 福祉用具貸与	<input type="checkbox"/> 16 看護小規模多機能型居宅介護
	<input type="checkbox"/> 17 その他 ( )			
所有資格等	<input type="checkbox"/> 1 介護福祉士	<input type="checkbox"/> 2 実務者研修	<input type="checkbox"/> 3 介護職員初任者研修 訪問介護員2級	<input type="checkbox"/> 4 看護師
	<input type="checkbox"/> 5 介護支援専門員	<input type="checkbox"/> 6 社会福祉士	<input type="checkbox"/> 7 その他	
	<input type="checkbox"/> 8 資格なし			

【認知症介護の実務経験】 ※看護職、事務職、施設長、生活相談員等のみでは認知症介護の実務経験とみなしません。(介護職を兼務した期間のみご記入ください。)

勤務先	認知症介護に従事した期間			
	年 月 ~	年 月	年 月	年 月
	年 月 ~	年 月	年 月	年 月
	年 月 ~	年 月	年 月	年 月
(令和5年10月末現在) 計 年 月				

■以下は、認知症対応型サービス事業管理者研修の申込みをする方のみ、ご記入ください。

【認知症介護実践者研修(旧基礎課程または専門課程を含む)の受講状況】				
<input type="checkbox"/> 1 修了済	→ 実践者研修(旧「痴呆介護実務者研修(基礎課程または専門課程)」でも可)の修了証書のコピーを添付してください。			
<input type="checkbox"/> 2 現在受講中(申込中)	→ 修了予定日	令和 年 月 日		
	→ 実施主体	<input type="checkbox"/> 1 東京都	<input type="checkbox"/> 2 足立区	<input type="checkbox"/> 3 豊島区
		<input type="checkbox"/> 4 その他		
<input type="checkbox"/> 3 本申込書にて実践者研修・管理者研修を同時申込	※実施主体が2・3・4の方は修了後、区市町村経由で東京都に修了証書のコピーを提出していただきます。			