※FAXでの申込不可

別紙様式２-２（対象者②）　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（※コピーしてお使いください）

令和７年度「認知症介護実践リーダー研修」受講申込書

令和　７　年　　　月　　　日

福井県社会福祉協議会長　様

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　施設・事業所名

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　施設・事業所長名

令和７年度「認知症介護実践リーダー研修」について、下記の者を受講させたいので申し込みます。

なお、介護実務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。

　　また、本研修受講者の職場実習（２０日間）については、研修であることを施設・事業所全体で理解し、必要な協力および配慮することを約束いたします。

記

**※選択肢のある欄は該当する□にチェック**☑**してください**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 事業所名 | |  | | 法人名称 | | |  | | |
| 事業所種別 | |  | | 連絡担当者 | | | （職名：　　　　） | | |
| 事業所住所 | | 〒  電話（　　　　） 　　－ 　　　　　ＦＡＸ（　　　　） 　　－ | | | | | | | |
| ﾒｰﾙｱﾄﾞﾚｽ：　　　　　　　　＠　　　　　　　　　　　　（資料、URL配信用　携帯電話不可） | | | | | | | |
| フリガナ | |  | | 生年月日 | | | 西暦　　　 　年　 　月　 　日 | | |
| 受講者氏名 | |  | | 職 名 | | |  | | |
| ※受講者氏名と生年月日は、修了証書に記載します。正確にお書きください。 | | | | | | | | | |
| 介護実務経験  （介護福祉士の資格を取得した日から起算して10年以上かつ1800日以上の実務経験が必要です） | | 【実務経験年月（※１）】　　　　年　　　　カ月**【経験年数算出基準日：令和７年６月1日】**  【実務経験日数（※２）】　　　　　　　　　　日**【経験日数算出基準日：令和７年６月1日】**  ※１　介護福祉士の資格を取得してから介護実務を行った年月を記入してください（育児・介護・病気休暇の期間は除く）  ※２　介護福祉士の資格を取得してから介護実務を行った日数を記入してください（休暇等により介護業務に従事しなかった日数は除く）  **別紙様式３「就業証明書」にて、現所属および前職場での経験証明が必要となります。**  **【経験年数算出基準日：６月１日】** | | | | | | | |
| 介護福祉士資格 | | 資格取得日 | 年　　　月　　　日 | | | 登録番号 | |  | |
| 該当区分 | | □ ケアチームのリーダー　　□　ケアチームのリーダーになる予定（令和　　年　　月　　日） | | | | | | | |
| 施設基準 | | □　指定認知症対応型共同生活介護事業所が短期利用にかかる基準等を満たすための受講 | | | | | | | |
| 申込優先順位 | | （　　　　　）※事業所内での申込順位 | | | 事業所内の研修修了者 | | | | あり　・　なし |
| 提　出　先 | ①**指定認知症対応型共同生活介護事業所が短期利用にかかる基準等を満たすために受講する場合**  …事業所が所在する市役所・町役場(あわら市・坂井市は坂井地区広域連合)の  介護保険担当課**…令和７年６月１６日（月）午後５時〆切**  ②**上記以外**……〒910-8516　福井市光陽2－3－22  （福）福井県社会福祉協議会　福祉人材課研修部門**…令和７年６月１６日（月）午後５時〆切** | | | | | | | | |

別紙様式３

**就　業　証　明　書**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 住所 | |  | | |
| 氏名　（旧姓） | |  | | |
| 1 | 職種 |  | 従事期間  (介護実務) | 自　　　年　 月　 日  至　　　年　 月 　日  ※和暦で記入してください。  合計　 　年　 ヵ月 |
| 業務内容  (介護実務) |  |
| ２ | 職種 |  | 従事期間  (介護実務) | 自　　　年　 月　 日  至　　　年　 月　 日  ※和暦で記入してください。  合計　　　年　 ヵ月 |
| 業務内容  (介護実務) |  |
| 合　計　従　事　期　間 | | | | 年　 ヵ月 |

上記の者は、記載のとおり当施設（事業所）において高齢者の介護に関する業務に従事していた

ことを証明します。

令和　　　年　 　月　 　日

　社会福祉法人　福井県社会福祉協議会

　　会　長　　　　小藤　幸男　　様

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　施設・事業所名

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　施設・事業所長名

別紙様式４　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（※コピーしてお使いください）

**「認知症介護実践リーダー研修**」

**事　前　ア　ン　ケ　ー　ト**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 所属 |  | 氏名 |  |

１．今回の研修でどのようなことを学ぼうと思っていますか？

|  |
| --- |
|  |

２．今抱えている悩み、困難なことはどのようなことですか？

|  |
| --- |
|  |

３．自分の中での課題、問題とはどのようなことですか？

|  |
| --- |
|  |

４. 参考までにお伺いします。次年度以降、認知症介護指導者養成研修の受講および指導者として

の活動は可能でしょうか。

□　可　　　□　不可

※恐れ入りますが、受講申込時に本アンケートの回答も併せてご送付ください。