

認知症介護指導者養成研修受講申込書

写真貼付

募集要項の趣旨を理解し、研修を受講したく、下記のとおり申し込みます。

平成 年 月 日

氏名 _____ 印

フリガナ 氏名			性別	男 女	
			生年月日(年齢)	西暦 年 月 日 (歳)	
フリガナ 自宅住所	〒		自宅電話		
			F A X		
			E-mail		
フリガナ 職場名	法人種別		サービス種別		
	フリガナ 法人名		フリガナ 職場名		
フリガナ 職場住所	〒				
電話(職場)			F A X(職場)		
E-mail(職場)					
主 な 資 格 (当てはまる番号すべてに○)			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		
			その他の職位 (他の職位を兼務している場合、主要な兼務の「サービス種別」「職場名」「職位」を記入する)		
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○					
介護実務経験 (サービス種別・職場名・職位名・期間を新しいものから書く)					
1			(年間)		
2			(年間)		
3			(年間)		
主な学歴			認知症介護に関する研修の受講歴(当てはまる番号に○)		
			1 認知症介護実践者研修 2 認知症介護実践リーダー研修		
			3 認知症介護実践者研修基礎課程 4 認知症介護実践者研修専門課程		
			5 その他 {		
認知症介護に関する研修の講師歴			研修希望回(○を付ける)	宿泊希望	
1					
2			第 1・2・3 回		有 無
3					

研 修 受 講 希 望 理 由

--

(記入要領)

- 1 様式右上欄外に申込日前3か月以内の受講申込者の写真を貼付してください。
(3×2.4 cm程度)
- 2 氏名欄及び自宅住所欄にはフリガナをつけてください。
- 3 職場名の欄は、
「法人の種別」「法人名」「施設・事業所のサービス種別」「職場名」を記入してください。
職場名にはフリガナをつけてください。
- 4 主な資格欄は、
当てはまる資格の番号に丸を付けてください。
その他の資格がある場合は〔 〕内に具体的に記入してください。
- 5 職位名欄は、
ご自身の本務の職位として当てはまる欄に職位名を記入してください。
どの欄に書くかは、下の記入の目安を参考にしてください。

(記入の目安)

	管理職	管理職以外
組織経営	理事長・理事・施設長 ・副施設長など	
介護部門	介護長・介護主任・フロアリーダー ・副主任・ユニットリーダー等	ケアワーカー・介護士・寮母 ・寮夫・ホームヘルパー等
看護部門	総師長・看護部長・師長	看護師
リハビリ 部門	リハビリ科科長・リハビリ主任 ・リハビリ部門責任者等	理学療法士・作業療法士等
相談員	主任生活相談員	生活相談員等
介護支援 専門員	主任介護支援専門員・計画作成担当者等	介護支援専門員等
医師	病院長・医院長・医長など	医師
その他		

- 6 その他の職位欄は、
法人内で他の職位を兼務しているものがある場合は、主要な兼務の「サービス種別」
「職場名」「職位」を記入してください。
- 7 介護実務経験に関する職歴欄は、「施設・事業所のサービス種別」「職場名」「職位」
「期間」を、直近時から3か所程度記入してください。

(記入例)

- 1 特養〇〇〇 施設長 〇年間
- 2 〇〇〇病院 介護主任 〇年間
- 3 グループホーム〇〇 ケアワーカー 〇年間

- 8 主な学歴欄は、
- (1) 例えば〇〇大学〇〇学部〇〇学科卒業と記入してください。
 - (2) その後資格取得のため〇〇専門学校を卒業した場合は〇〇課程卒業等と記入してください。
- 9 認知症介護に関する研修の受講歴欄は、当てはまる研修の番号に丸をつけてください。その他、受講した研修のうち主な研修名を記入して下さい。海外で受講した研修でも結構です。
- 10 認知症介護に関する研修の講師歴欄は、研修対象者や場所は問いません。主なものを記入してください。
- 11 宿泊希望欄については、センター内の宿泊施設での宿泊希望の有無を丸印で記入してください。宿泊者の決定は、九州及び新潟地域等遠方が優先されますが、それらの地域での希望者が多い場合は抽選とします。
- なお、希望に沿えない場合には速やかに連絡いたします。
- 12 研修受講希望理由欄は、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に関する考え方等を800字程度で簡潔に記入してください。

認知症介護指導者養成研修に係る推薦書

平成 年 月 日

認知症介護研究・研修東京センター長 殿

都道府県知事・指定都市長、介護保険事業所長名

次の者は認知症介護指導者養成研修受講者募集要項における研修の目的を理解し、研修対象者の要件を満たしますので、平成22年度認知症介護指導者養成研修の受講者として推薦します。

第1回（平成〇年〇月〇日～〇月〇日）

氏名

所属

第2回（平成〇年〇月〇日～〇月〇日）

氏名

所属

第3回（平成〇年〇月〇日～〇月〇日）

氏名

所属

受講者考査のための実践事例報告に関する提出書類

作成日 平成 年 月 日	
実践事例報告のタイトル	
都道府県・指定都市名	
所属	
氏名	
1.	この事例を取り上げた理由
2.	倫理的配慮
3.	事例紹介
4.	ケアの取り組み
5.	この事例のケア実践を通じて自分自身が学んだこと、およびその学びを地域ケア推進にどう活かすのか

(記入要領)

- 上記1～4までの項目の合計文字数が3000字程度となるよう実践事例報告を作成してください。なお、使用する用紙のサイズはA4サイズとします。
- 図表を入れる場合は、図表にタイトルと図表番号をふり、文章と関連付けて示してください。なお図表は1点400字とみなします。
- 実践事例報告作成については、手書きによる作成かパソコン・ワープロによる作成かは問いません。ただし、手書きで作成する場合は、判別できる大きさの楷書で作成してください。パソコン・ワープロで作成する場合は、上下左右の余白は30mmとします。また、文字の大きさは、12ポイントとし、1ページのレイアウトは38文字×32行(1216文字)とします。
- 提出する事例は、必ずしも現在関わっている認知症者に関する事例である必要はなく、支援が終結している事例でもかまいません。
- 実践事例報告を作成するにあたっては、認知症者およびその家族に対して行った倫理的配慮を必ず明記するとともに、個人情報の取り扱いには十分配慮してください。人

権擁護の観点から、認知症者およびその家族の氏名、地域名、生年月日等、個人が特定される可能性のある情報は記号化してください。なお、氏名については、イニシャルの使用は不可とします。

- 認知症者及び家族の写真の掲載は認めません。
- 以上の要件を満たした実践事例報告を1部提出してください。
- 提出された実践事例報告は原則として返却しません。ただし、考査により不合格となった場合はこの限りではありません。

別紙様式 4

認知症介護指導者養成研修受講申込みに係る必要書類の送付書

平成 年 月 日

認知症介護研究・研修東京センター長 殿

都道府県・指定都市

認知症介護指導者養成研修担当課長

平成〇〇年度の認知症介護指導者養成研修に受講申し込みをする
以下の合計〇〇名について、必要書類を送付します。

都道府県・指定都市からの推薦者 〇〇名
氏 名・所属名

介護保険事業所からの推薦者 〇〇名
氏 名・所属名

	第	号	
修	了	証	書
	氏	名	
	生年月日	昭和	年 月 日
あなたは、厚生労働省の定める、平成 年度第 回認知症介護 指導者養成研修を修了したことを証します			
平成 年 月 日			
認知症介護研究・研修東京センター長 本 間 昭			