

(様式 1)

学校法人 日本医療大学
2019年度認知症介護実践研修（実践リーダー研修）

受講申込書

年 月 日

学校法人 日本医療大学
理事長 対馬 徳昭 様

（法人名）

（法人代表者氏名）

印

次の職員について、認知症介護実践研修（実践リーダー研修）の受講を申し込みます。

ふりがな		性別	生年月日	昭・平 年 月 日	
職員氏名		男・女			
職員自宅住所	〒		職員連絡先	() -	
勤務先	事業所名・施設名	☐ 特別養護老人ホーム ☐ 介護老人保健施設 ☐ 介護付有料老人ホーム ☐ グループホーム ☐ 通所介護（デイサービス） ☐ 小規模多機能型居宅介護 ☐ その他（ ）			
		職名			
	所在地	〒		TEL	
				FAX	
認知症介護の経験年数 （現に勤務する施設・事業所での経験年数も含む）	※ 5年以上の実務経験について （介護保険施設、認知症高齢者グループホーム、通所介護、訪問介護、通所リハビリテーションの事業所等において認知症介護業務に従事した年数） 合計 年 月（研修受講月 現在）				
	期間 ※新しい順に記載	通算期間	職務内容	勤務先	
	年 月 ～ 年 月	年 月			
	年 月 ～ 年 月	年 月			
	年 月 ～ 年 月	年 月			
	年 月 ～ 年 月	年 月			
受講目的			主な資格	・ 介護福祉士 ・ 社会福祉士 ・ 介護支援専門員 ・ 看護師 ・ 准看護師 ・ ホームヘルパー1・2・3級 ・ 初任者研修 ・ その他（ ）	
研修修了状況	・ 認知症介護実践研修(実践者) ・ 認知症（痴呆）介護実務者研修（基礎課程） 年 月 日修了 （研修修了証明の写しを添付してください）				

※連絡先（□にチェックしてください）

- ☐ 職員本人・自宅へ連絡
☐ 職員本人・事業所へ連絡
☐ 事業所担当者へ連絡（下記にご記入ください）

ふりがな		連絡先名称	
担当者氏名			
連絡先住所	〒	TEL	
		FAX	

(様式 2)

学校法人 日本医療大学
2019 年度 認知症介護実践研修 (実践リーダー研修)

実務経験証明書

年 月 日

学校法人 日本医療大学
理事長 対馬 徳昭 様

事業所等の
所在地及び名称
代表者名

印

(電話番号)

次の者は、以下のとおり認知症高齢者介護の実務経験を有することを証明します。

ふりがな	
氏 名	(昭和・平成 年 月 日生)
施設 (事業) 種類	(指定・許可等の日付 昭和・平成 年 月 日)
施設名又は 事業所名	
従事職種	
従事期間 (※2)	昭和・平成 年 月 日 ~ 昭和・平成 年 月 日まで
うち介護等の業務に従 事した年月 (※2)	年 ヶ月

- ※1 勤務した施設・事業所ごとに、その施設・事業所の長又は代表者が発行した実務経験証明書を提出してください。
- ※2 実務経験については、介護保険施設（特別養護老人ホーム、介護老人保健施設又は介護療養型医療施設）、訪問介護（ホームヘルプサービス）事業、訪問看護事業、通所介護（デイサービス）事業、通所リハビリテーション（デイケア）事業、認知症対応型共同生活介護（グループホーム）事業等における認知症高齢者介護の実務経験（5年以上）が対象となります。
- ※3 不実または錯誤した内容の記載をした場合は、修了を取り消すことがあります。

他施設実習の実習生受入について

他施設実習について、下記の要件に該当する施設に、受講者の実習を依頼することがあります。

実習施設の要件（1・2 どちらも満たしていること）

- 1 法人内に認知症介護指導者がいること
- 2 実習受入の施設・事業所内に実践リーダー研修修了者がいること

1 どちらかにチェックをお願いします。

☐ 実習生の受入が可能です → 2 へ進む。

☐ 実習生の受入が不可能です → このままご提出ください。

2 受入可能な場合…実習にご協力いただく場合は、事前に依頼書を送付致します。

（1） 受入れできない日程に、×をご記入下さい。

（2） 1日の受入可能人数 （ ）人

①

	9/24	9/25
	火	水

③

	10/3	10/4
	木	金

②

	9/26	9/27
	木	金

（3） 実習生の車での来訪が、 可 ・ 不可 （※どちらかに○印をつけてください）

備考欄 ※その他、実習配属に際して留意事項等ございましたらご記入ください

事業所名	実習担当者名
住所 〒	TEL
	FAX

(様式4)

他施設実習日程希望調査用紙(受講者用)

種別 □にチェックしてください	□特別養護老人ホーム □介護老人保健施設 □介護付有料老人ホーム □グループホーム
	□通所介護(デイサービス) □小規模多機能型居宅介護 □その他()
事業所・施設名	
受講者氏名	

実習日 2日間(連続)

実習時間 9:30~16:30

実習施設 札幌市内・近郊の指定施設です

※ 都合の悪い日程に×を付けてください。

①

	9/24	9/25
	火	水

③

	10/3	10/4
	木	金

②

	9/26	9/27
	木	金

実習施設への移動は、一部の施設を除き公共交通機関をご利用ください。

自家用車可能な施設を希望する場合は、備考欄にご記入ください。

備考欄:

--

※ 日程は受講決定通知書に記載し、お知らせします。

※ 実習施設は、直前まで調整が必要なため、開講日にお知らせします。

※ ご心配なことなどありましたら、下記までご連絡ください。

【お問い合わせ先】

学校法人 日本医療大学 生涯学習センター
 認知症介護実践研修(実践リーダー研修)事務局
 電話 011-827-7217
 FAX 011-827-7062