**令和4年度　第1回　足立区認知症介護実践者研修　受講申込書**

（提出先）足 立 区 長

令和４年度　第１回　足立区認知症介護実践者研修に、下記の者を受講させたく申し込みます。

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **申込者** | 法人名 |  | | | |
| （事業所名） |
| 所属長 | 役職 |  | 氏名 |  |

事務連絡先（受講票等送付先）

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **連　絡**  **担当者** | 郵便番号 | 〒 |  | | |
| 所在地 |  | | | |
| 事業所名 |  | | | |
| 連絡先 | 氏名 |  | ☎ |  |
| FAX |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **受講希望者氏名・所属・役職・資格等** | | | | | | | | |
| フリガナ | |  | | | 優先  順位 | 順位1 ・ 順位2 ・ 順位3 | | |
| 氏　　名 | |  | | |
| **※修了証書に記載します。正確にご記入ください。**  **※実習期間も含め全日程参加できる方の推薦をお願いします。** | | | **※各事業所3名まで申し込み可能。**  **人数分申込書を作成のうえ、優先順位をつけてください。** | | |
| 生年月日 | | 昭和 ・ 平成 　　　　　年　　　　　月　　　　　日 | | | 認知症介護基礎研修の修了状況 | | | 修了　・　未修了 |
| **※修了証書に記載します。正確にご記入ください。** | | |
| 取得している  資格等 | | 1)介護福祉士　　　2)社会福祉士　　　　　　3)訪問介護員１級　　　4)訪問介護員2級  5)看護師　　　　　　6)介護支援専門員　　　7)資格なし　　　　　　　 8)その他（　　　　　　　　　　　　　　　） | | | | | | |
| 受講目的  （該当1つに○） | | 1）認知症対応型サービスの開設のため  2）認知症対応型サービスの管理者・計画作成担当者変更のため  3）その他 | | | | | ※裏面②にも記入  ※裏面③にも記入 | |
| 所属施設・事業所 | 所在地 | 〒 | | | 介護保険事業所番号 | | | |
| 東京都足立区 | |  |  | | | |
| 事業所名 |  | | | | | | |
| **※現在所属する施設・事業所名を記入してください。**  **※研修期間中に所属の変更が予定されている場合は、新事業所名と変更時期をご記入ください。** | | | | | | |
| サービス  の種類  （該当1つに○） | | 1)認知症対応型共同生活介護　2)認知症対応型通所介護　3)小規模多機能型居宅介護  4)看護小規模多機能型居宅介護　5)定期巡回・随時対応型訪問介護看護  6)夜間対応型訪問介護　7)介護老人福祉施設　8)介護老人保健施設  9)介護医療院（介護療養型医療施設）　10)訪問介護　11)訪問看護　12)通所介護  13)地域密着型通所介護　14)短期入所生活介護　15)特定施設入居者生活介護  16)その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | | | | |
| **※複数のサービスに従事している場合は、主に従事されているサービス1つに〇をつけてください。** | | | | | |
| 施設・事業所に  おける職種、役職等 | | 1)管理者　2)計画作成担当者　3)サービス提供責任者　4)介護主任　5)介護副主任  6)フロアリーダー・ユニットリーダー　7)介護員（ケアワーカー）　8)主任相談員  9)相談員　10)その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | | | | |

**※裏面も記入してください。**

①受講希望者の**認知症介護の**実務経験について（記入必須）

* 介護職員として**認知症介護に関する経験**が**通算2年以上**あること
* 基準日時点で**足立区内の**介護保険施設・事業所（居宅介護支援事業所を除く）に勤務していること

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 勤務先 | 職種・役職 | 従事期間 |
|  |  | 年　　　月　　　日～　　　　年　　　月　　　日  計（　　年　　ヶ月） |
|  |  | 年　　　月　　　日～　　　　年　　　月　　　日  計（　　年　　ヶ月） |
|  |  | 年　　　月　　　日～　　　　年　　　月　　　日  計（　　年　　ヶ月） |
|  |  | 年　　　月　　　日～　　　　年　　　月　　　日  計（　　年　　ヶ月） |
| ※事務職、施設長、生活相談員等の介護職以外のみでは認知症介護の実務経験とみなしません。  ※兼務されている場合は、「兼介護職」とご記入ください。 | | 合計　　　　年　　　　ヶ月  （令和4年6月末時点） |

②認知症対応型サービス事業の開設予定について（**受講目的1） 開設 の方のみ**記入）

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| サービス種別（該当に○） | 1）認知症対応型共同生活介護　　2）認知症対応型通所介護  3）小規模多機能型居宅介護　　 4）看護小規模多機能型居宅介護看護 | | | |
| 開設予定日 | 年　　　月　　　　日頃 | | 事業所指定申請予定日 | 年　　　月　　　　日頃 |
| 事業所の名称（仮称でも可） |  | | | |
| 開設予定所在地 | 〒 | | | |
| 東京都足立区 |  | | |
| 受講希望者の  就任予定の役職  （該当1つに○） | 1）管理者　　　　　2）計画作成担当者　　 　3）管理者兼計画作成担当者 | | | |

③認知症対応型サービス事業の管理者・計画作成担当者変更予定について（**受講目的2）変更 の方のみ**記入）

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| サービス種別（該当に○） | 1）認知症対応型共同生活介護　　2）認知症対応型通所介護  3）小規模多機能型居宅介護　　 4）看護小規模多機能型居宅介護看護 | | | |
| 変更予定日 | 年　　　月　　　　日頃 | | 変更理由 |  |
| 変更後の事業所名称 |  | | | |
| 変更後の事業所所在地 | 〒 | | | |
| 東京都足立区 |  | | |
| 受講希望者の  変更予定の役職  （該当1つに○） | 1）管理者　　　　2）計画作成担当者　　　　3）管理者兼計画作成担当者 | | | |

※本申込書に記載された個人情報につきましては、適切な管理を行い、本研修実施に関する業務以外に使用いたしません。

　 受講要件の審査に際して、所属する介護保険施設・事業所等へ申込書の記載内容の確認を行う場合がありますので、予めご了承ください。また、研修修了者の所属・氏名等については、東京都福祉保健局へ情報提供いたします。