

様式第1号

令和8年度 愛媛県認知症介護実践者研修 受講申込書

施設・事業所の種類	特別養護老人ホーム・老人保健施設・介護医療院・訪問介護・訪問看護 通所介護・通所リハ・認知症対応型通所介護・小規模多機能型居宅介護 認知症対応型共同生活介護・看護小規模多機能型居宅介護 その他（ ）		
法人・会社名	※必ず記載ください。		
施設・事業所の所在地	〒 ー		
施設・事業所の名称		事業者番号 (10桁)	
代表者 職・氏名			

※開設予定の場合、連絡が取れる（現存する）事業所の住所・名称や連絡先を記入してください。

下記職員について、令和8年度愛媛県認知症介護実践者研修の受講を申し込みます。

令和 年 月 日

フリガナ 受講希望者 氏名	性別 生年月日	職種 (人員配置基準等に 基づく正式な職種)	ケアマネ 資格	実務経験 年数	否決となった 場合、決定者の辞 退等による繰り 上げ受講の希望
	男・女 年 月 日		有・無	年 か月	<input type="checkbox"/> 希望する <input type="checkbox"/> 希望しない
	男・女 年 月 日		有・無	年 か月	<input type="checkbox"/> 希望する <input type="checkbox"/> 希望しない

※実務経験年数については、認知症高齢者介護の実務経験について、過去に勤務した施設・事業所における実務経験年数（実務経験証明書証明分も含む）も含めて記入してください。

※受講が否決となった場合でも、「決定者の辞退等による繰り上げ受講（キャンセル待ち）」を希望された場合は、辞退が発生した時点（開催前日を含む）で受講可能の連絡をさせていただくことがあります。

記入担当者	(職)	(氏名)
連絡先	電話	FAX
	E-mail	

○認知症対応型サービス事業所を開設する予定である職員が受講を申込み場合にご記入ください。

サービス種別	1 認知症対応型共同生活介護（ ユニット） 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		
開設の予定	令和 年 月 日頃		
事業者指定申請の予定	令和 年 月 日頃		
施設の名称			
開設予定住所	〒 ー		
受講希望者の事業所における役職（予定）	1 管理者 2 計画作成担当者（ 名） 3 管理者兼計画作成担当者		

○認知症対応型サービス事業所で管理者・計画作成担当者変更等、指定基準にかかわる場合のみご記入ください。

サービス種別	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		
変更予定の時期	令和 年 月 日頃		
変更の理由			
受講希望者の変更予定の役職	1 管理者 2 計画作成担当者 3 管理者兼計画作成担当者		