様式第３号

認知症介護研修修了者一覧表

施設・事業所等名称：

修了者氏名	修了年月日	修了時の職種	現在の状況			備考
			在職状況	所属事業所等名称	職種	

※**認知症介護実践者研修（下記旧名称研修も含む）修了状況のみ**ご記入ください。
※申込者が現在所属している施設・事業所についてご記入ください（**既に事業所を離れた者も含みます）。**
※**「修了年月日」**欄について、下記研修の修了年月日（修了証書の日付）をご記入ください。
（１）平成１２年度「痴呆介護実務者研修」
（２）平成１３～１６年度までの「痴呆介護実務者研修（基礎課程）」
（３）平成１７～令和７年度までの「認知症介護実践者研修」
※**「在職状況」**欄には、下記のとおり記載した上で、可能な範囲で備考欄に在職していない理由をご記入ください。
（１）現在も貴施設・事業所等に在職している場合は「○」
（２）退職等の事情により現在、貴施設・事業所等に在職していない場合は「×」
※**この記載に誤りがあった場合、受講者選定に影響することがありますのでご注意ください。**