**2025年度 サンシャイン総合学園**

**認知症介護実践研修（実践者研修）／ 認知症対応型ｻｰﾋﾞｽ事業管理者研修**

**受講申込書**

　　年　　月　 　日

　株式会社　サンシャイン

　　代表取締役　松永　淳

（法　 人　 名）

（法人代表者氏名）　　 　　　　　　　　　　 印

次の職員について、標記研修の受講を申込み致します。

尚、主な経歴及び認知症介護の経験年数については、記載のとおりであることを証明します。

**開催回：　　　　　回目申込み**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 受講を希望する研修  該当する方に【○印】※1 | |  | 実践者研修のみ受講 | | | | | | | | |
|  | 実践者研修と認知症対応型ｻｰﾋﾞｽ事業管理者研修(両方受講) | | | | | | | | |
|  | 認知症対応型ｻｰﾋﾞｽ事業管理者研修のみ受講 | | | | | | | | |
| フリガナ |  | | | 性　別 | | 男　　・　　女 | | | | | 年 齢 |
| 受講者  氏　名 |  | | | 生年月日 | | 昭和  平成 | | 年　　 月　 　日 | | | 才 |
| 現職名  ※2 |  | | | 主な資格  【○印】 | | 介護福祉士・ﾎｰﾑﾍﾙﾊﾟｰ（1級・2級）・初任者研修  実務者研修・看護師・介護支援専門員・社会福祉士・その他（　　　　　　　　　　　　　　　） | | | | | |
| 法人名 |  | | | | | | | | | | |
| 事業所名 |  | | | | サービス  の種類【○印】 | | グループホーム・小規模多機能型居宅介護・  訪問介護・通所介護・特別養護老人ホーム・  介護老人保健施設・居宅介護支援事業所  病院・その他（　　　　　　　　　　　　　） | | | | |
| 所在地  住　所 | 〒 | | | | | | 電　話 | |  | | |
| ＦＡＸ | |  | | |
| 主な介護業務歴  (現に勤務する施設・  事業所で  の経験年数も含む) | 期　　　間 | | | 通算期間 | | 勤務先(法人名+事業所名) | | | | 職務内容 | |
| 年　　月～　　年 　月 | | | 年 　ヶ月 | |  | | | |  | |
| 年　　月～　　年 　月 | | | 年 　ヶ月 | |  | | | |  | |
| 年 　月～**研修受講月** | | | 年 　ヶ月 | |  | | | |  | |
| **※ 該当する方どちらかにチェックをし、チェックした方の合計年数を記入願います**  □認知症介護の経験年数(介護保険施設・事業所において認知症介護業務に従事した年数) □居宅介護支援事業所等で居宅サービス計画等の作成に従事する介護支援専門員の認知症  　利用者に係る計画等作成の経験年数  **合　計　　　　　　年　　　　ヶ月（研修受講月現在、合計2年未満は受講不可）** | | | | | | | | | | |
| 受講歴※3 | 実践者研修受講済みの場合、（交付　　年　　月　　日・証書番号　第　　　　　　号） | | | | | | | | | | |
| 備考※4 |  | | | | | | | | | | |

※1　弊社で開催する認知症対応型サービス事業管理者研修を併せて受講する方を優先します。

※2　介護主任・介護リーダー等、現在の施設・事業所での職務内容がわかるよう記載して下さい。

※3「認知症介護実践研修（実践者研修）」修了証書の写しを添付してください。

※4　開設準備中、計画作成担当者が不在になる、北海道開催の管理者研修受講予定など、特記事項をご記入下さい。