

(様式 1)

2025 年度 サンシャイン総合学園
認知症介護実践リーダー研修 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。

フリガナ		性 別	男 ・ 女	年 齢
受講者氏 名		生年月日	昭和 年 月 日 平成	才
現職名 ※1		主な資格 【○印】	介護福祉士・ホームヘルパー（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	
			F A X	
メー ル ア ド レ ス ※ 2			研修担 当者名	
主な職歴 (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	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～ 年 月	年 ヶ月		
	年 月～ 年 月	年 ヶ月		
	年 月～研修受講月	年 ヶ月		
■ 認知症介護の経験年数（研修受講月現在） (介護保険施設・事業者等において認知症介護業務に従事した年数) 合計 年 ヶ月 ※研修受講月現在、概ね 5 年以上必要				
認知症実践研 修(実践者研修 過程)修了日	年 月 日 ※修了証書の写しを添付 修了日から研修受講月までの期間 年 ヶ月 ※1 年以上必要			
介護福祉士 資格取得日 ※3	年 月 日 ※介護福祉士資格証の写しを添付 介護職員として 1,800 日以上の実務経験 年 ヶ月			

※1 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。

※2 受講決定通知書はメールで通知致します。メールアドレスのご記入をお願い致します。

※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。