　　　　　（様式１－１）

千 葉 県 認 知 症 介 護 実 践 研 修 受 講 申 請 書

【介護保険施設・事業者等の長提出用】

　千 葉 県 知 事　様

|  |
| --- |
| 【施設・事業所等所在地】〒  【種　別】　　（ 特養・有料・軽費 ）老人ホーム・老健・介護療養型・介護医療院  （○を付すこと）　　訪問介護・デイ・通所リハ・その他  【法人名】  【施設・事業所名】  【施設・事業所長名】  【連絡先の施設・事業所担当者名】  【電話番号】 　　【FAX 番号】  【Emailアドレス】 |

千葉県認知症介護※（実践者・実践リーダー）研修の受講希望者を、次のとおり推薦します。※実践者・実践リーダーのいずれかに必ず○を付すこと。

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| （フリガナ）  氏　　　　名  （生年月日） | 性別  ………  年齢  歳 | 職　種 | 実践者研修  修了  年度  ※１ | 身体介護に関す  る資格等の有無  （有・無に○を  付す）※２ | 身体介護業務の  通算経験年数 | 備考 |
| (　　　　　　　 ) | 男・女  ………  　　歳 |  | 年度 | 有( 　 　 )    無 | 年 |  |
| 住　所 |  | | | | |

　　※１　実践リーダー研修を申し込む際は必ず記入してください。旧「痴呆介護実務者研修」（基礎課程）も含みます。

※２　資格等が有の場合は，（　）内に資格等の種類（介護福祉士，ﾎｰﾑﾍﾙﾊﾟ- 〇級，

〇〇研修修了等）を記載する。

　　　（様式１－２）

千 葉 県 認 知 症 介 護 実 践 研 修 受 講 申 請 書

【介護保険施設・事業者等の長提出用】

【グループホーム等用】

　市町村長　様

|  |
| --- |
| 【事業所等所在地】〒  【法人名】  【事業所名】  【事業所長名】  【連絡先の施設・事業所担当者名】  【開設年月】　　　　　年　 　月  【電話番号】 　　【FAX 番号】  【Emailアドレス】 |

千葉県認知症介護※（実践者・実践リーダー）研修の受講希望者を、次のとおり推薦します。※実践者・実践リーダーのいずれかに必ず○を付すこと。

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| フリガナ  氏　　　　名  （生年月日） | 性別  ………  年齢  歳 | 職　種 | 実践者研修  修了  年度  ※１ | 身体介護に関す  る資格等の有無  （有・無に○を  付す）※２ | 身体介護業務の  通算経験年数 | 備考 |
| (　　　　　　 ) | 男・女  ………  　　歳 |  | 年度 | 有( 　 )    無 | 年 |  |
| 住所 |  | | | | |

※１　実践リーダー研修を申し込む際は必ず記入してください。旧「痴呆介護実務者研修」（基礎課程）も含みます。

※２　資格等が有の場合は，（　）内に資格等の種類（介護福祉士，ﾎｰﾑﾍﾙﾊﾟ- 〇級，

〇〇研修修了等）を記載する。

　（様式１－３）

千 葉 県 認 知 症 介 護 実 践 研 修 受 講 申 請 書

【市町村の長提出用】

【グループホーム等用】

　千 葉 県 知 事　様

市 町 村 の 長

【受講希望者の所属する施設・事業所等の概要】

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 施設・事業所等所在地 |  | |
| 法人名 |  | |
| 施設・事業所等名及び代表者名 | |  |
| 連絡先の施設・事業所担当者名 | |  |
| 電話番号（ＦＡＸ番号） | | （　　　　　　　　　　） |
| Emailアドレス | |  |

千葉県認知症介護※（実践者・実践リーダー）研修の受講希望者を、次のとおり推薦します。※実践者・実践リーダーのいずれかに必ず○を付すこと。

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| フリガナ  氏　　　　名  （生年月日） | 性別  ………  年齢  歳 | 職　種 | 実践者研修  修了  年度  ※１ | 身体介護に関す  る資格等の有無  （有・無に○を  付す）※２ | 身体介護業務の  通算経験年数 | 備考 |
| (　　　　　　 ) | 男・女  ………  　　歳 |  | 年度 | 有( 　 )    無 | 年 |  |
| 住所 |  | | | | |

　　※１　実践リーダー研修を申し込む際は必ず記入してください。旧「痴呆介護実務者研修」（基礎課程）も含みます。

※２　資格等が有の場合は，（　）内に資格等の種類（介護福祉士，ﾎｰﾑﾍﾙﾊﾟ- 〇級，

〇〇研修修了等）を記載する。

（様式１－４）

千 葉 県 認 知 症 介 護 実 践 研 修 受 講 申 請 書

【介護保険施設・事業者等の長提出用】　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　【グループホーム等開設予定者用】

　市町村長　様

|  |
| --- |
| 【事業所等所在地】〒  【法人名】  【事業所名】  【事業所長名】  【連絡先の施設・事業所担当者名】  【開設予定年月】　　　　　　　　　　 　年　 　月  【電話番号】 　　【FAX 番号】  【Emailアドレス】 |

千葉県認知症介護※（実践者・実践リーダー）研修の受講希望者を、次のとおり推薦します。※実践者・実践リーダーのいずれかに必ず○を付すこと。

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| フリガナ  氏　　　　名  （生年月日） | 性別  ………  年齢  歳 | 職　種 | 実践者研修  修了  年度  ※１ | 身体介護に関す  る資格等の有無  （有・無に○を  付す）※２ | 身体介護業務の  通算経験年数 | 備考 |
| (　　　　　　 ) | 男・女  ………  　　歳 |  | 年度 | 有( 　 )    無 | 年 |  |
| 住所 |  | | | | |

※１　実践リーダー研修を申し込む際は必ず記入してください。旧「痴呆介護実務者研修」（基礎課程）も含みます。

※２　資格等が有の場合は，（　）内に資格等の種類（介護福祉士，ﾎｰﾑﾍﾙﾊﾟ- 〇級，

〇〇研修修了等）を記載する。

**開設予定者とは，グループホーム等の開設が具体的に進んでいる事業所を指します｡したがって，単に将来的に開設を考えているような事業所は，具体的になった段階での申込をお願いします｡**

（様式１－５）

千 葉 県 認 知 症 介 護 実 践 研 修 受 講 申 請 書

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　【市町村の長提出用】

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　【グループホーム等開設予定者用】

　千 葉 県 知 事　様

市 町 村 の 長

【受講希望者の所属する施設・事業所等の概要】

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 施設・事業所等所在地 |  | |
| 法人名 |  | |
| 施設・事業所等名及び代表者名 | |  |
| 連絡先の施設・事業所担当者名 | |  |
| 電話番号（ＦＡＸ番号） | | （　　　　　　　　　　） |
| Emailアドレス | |  |
| 開設予定年月日 | | 年　　　　月　　　　日 |

千葉県認知症介護※（実践者・実践リーダー）研修の受講希望者を、次のとおり推薦します。※実践者・実践リーダーのいずれかに必ず○を付すこと。

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| フリガナ  氏　　　　名  （生年月日） | 性別  ………  年齢  歳 | 職　種 | 実践者研修  修了  年度  ※１ | 身体介護に関す  る資格等の有無  （有・無に○を  付す）※２ | 身体介護業務の  通算経験年数 | 備考 |
| (　　　　　　 ) | 男・女  ………  　　歳 |  | 年度 | 有( 　 )    無 | 年 |  |
| 住所 |  | | | | |

※１　実践リーダー研修を申し込む際は必ず記入してください。旧「痴呆介護実務者研修」（基礎課程）も含みます。

※２　資格等が有の場合は，（　）内に資格等の種類（介護福祉士，ﾎｰﾑﾍﾙﾊﾟ- 〇級，

〇〇研修修了等）を記載する。

**開設予定者とは，グループホーム等の開設が具体的に進んでいる事業所を指します｡したがって，単に将来的に開設を考えているような事業所は，具体的になった段階での申込をお願いします｡**

　　　　（様式２）

　　　年　　　月　　　日

千 葉 県 知 事　様

（ 市 町 村 の 長 ）

推　　　薦　　　書

　下記の者について、　　　　　年度の下記研修を受講させたいので、特段の配慮をお願いしたい。

|  |  |
| --- | --- |
| 受講させたい研修 |  |
| 推薦する者 | |  |  |  | | --- | --- | --- | | 氏　　名 |  | | | 施設・事業所等 | 名称　：  住所　：  電話　：  ＦＡＸ：  Emailアドレス： | | | 経験年数 |  | | | 既に修了した研修 |  | 修了年次 | |  | (　　年) | |  | (　　年) | |  | (　　年) | |
| 研修を修了することにより基準を満たす職名 | □　管理者　　　□　計画作成担当者 |

　　（様式３）

　　　　年度　千葉県認知症介護実践研修・研修生名簿

　（　１　実践者研修　・　２　実践リーダー研修　）

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 研修生  番号 | 所　　　　　属 | | 氏　　　　名  （生年月日） | 性　別 | 職種 | 身体介護  業務経験  通算年数 | 実習施設名 |
| 種別 | 施設名等 |
|  |  |  | （　　　　） | 男・女 |  |  |  |
|  |  |  | （　　　　） | 男・女 |  |  |  |
|  |  |  | （　　　　） | 男・女 |  |  |  |
|  |  |  | （　　　　） | 男・女 |  |  |  |
|  |  |  | （　　　　） | 男・女 |  |  |  |
|  |  |  | （　　　　） | 男・女 |  |  |  |
|  |  |  | （　　　　） | 男・女 |  |  |  |
|  |  |  | （　　　　） | 男・女 |  |  |  |
|  |  |  | （　　　　） | 男・女 |  |  |  |

　　（様式４）

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　第　　　　　　号

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　年　　月　　日

　　　　　　　　　　　　長　　様

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　千葉県健康福祉部長

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　(公印省略)

　　年度千葉県認知症介護※の受講者の決定について（通知）

　このことについて，下記のとおり決定しましたので通知します。

記

１　実践者研修

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 研修生番号 | 氏　　　　　名 | 研修期間 | 備　　考 |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

　２　実践リーダー研修

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 研修生番号 | 氏　　　　　名 | 研修期間 | 備　　考 |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

　　（様式５）

|  |
| --- |
| 第　 　　号    修了証書  　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　氏　　　　　名  　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　生　年　月　日  あなたは，厚生労働省の定める認知症介護（　※　）を修了したことを  　証します。  　　　　　　年　　月　　日  　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　千葉県知事 |

　　※には実践研修（実践者）又は実践研修（実践リーダー）を記入する。