

新さっぽろ福祉カレッジ（株式会社グラン・メディコ）

令和5年度認知症介護実践研修（実践者研修）

受講申込書 兼 実務経験証明書

令和 年 月 日

株式会社グラン・メディコ

代表取締役 菅原 裕之

法人名／施設名

代表者氏名

印

下記の1もしくは2にチェックをつけたうえ、【記載欄】に必要事項を記入してください。

- 1. 次の者は、以下の記載のとおり介護業務の実務経験を有することを証明します。
- 2. 次の者は、以下の記載のとおり居宅サービス計画等の作成に従事する介護支援専門員であって、認知症の利用者に係る計画等作成の経験を有することを証明します。

次の職員について、標記研修の受講を申込み致します。

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
住所	〒		TEL		
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） 介護職員初任者研修・介護福祉士実務者研修 介護職員基礎研修・看護師・介護支援専門員 社会福祉士・その他（ ）		
法人名					
施設・事業所名 （※2）		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・病院・居宅介護支援事業所 その他（ ）		
所在地住所	〒		TEL		
			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） （※3）	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			
経験年数		合計 年 ヶ月（研修受講月現在）			
備考 （※4）					

【注意事項】

- ・勤務した施設・事業所ごとに、その施設・事業所の長又は代表者の記名押印をお願いします。
- ・実務経験については、以下のどちらかが対象となります。両方の経験年数は合算できません。
 - ①介護保険法第8条第24項に規定する介護保険施設、同法第41条に規定する指定居宅サービス事業所又は同法第42条の2に規定する指定地域密着型サービス事業所等における介護実務経験
 - ②居宅介護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の利用者に係る計画等作成の経験

※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 必ず受講者の所属する施設・事業所の住所をご記入ください。開設準備中の場合は、設立予定地をご記入ください。なお、別に連絡先を指定する場合は下記にご記入ください。

住 所	〒 開設予定日 令和 年 月 予定		
連絡先名称		担当者名	(役 職)
電話番号		FAX 番号	

※3 職歴と実務経験証明書の従事期間は一致させてください。また1施設で2年以上従事している場合は、実務経験証明書は2年以上従事期間のある施設のもの1枚で構いません。複数施設での従業期間を合算して2年以上になる場合、各施設の実務経験証明書の提出をお願い致します。

※4 開設準備中及び増設並びに計画作成担当者が不在になるなど、特記事項を記入して下さい。