

(第2号様式)

千葉県知事

様

記載例（地域密着型以外の事業所の場合）

千葉県認知症介護実践研修（実践リーダー研修）受講申請書

氏名と生年月日は修了証書に印刷されるので
間違いがないようにしてください。

研修回数	令和7	年度																		
ふりがな	ちば たろう										生年月日									
氏名	千葉 太郎										☐ 昭和	5	年	4	月	20	日	32	歳	
保有資格	☒ 介護福祉士 ☐ 社会福祉士										☐ 介護支援専門員 ☐ 訪問介護員									
	☐ 保健師・看護師・准看護師										☐ その他（ ）									
	☐ 保有資格無（基礎研修修了年月）										年 月									
職 種	☒ 介護職員 ☐ 看護職員 ☐ 生活相談員 ☐ 計画作成者										身体介護業務 通算経験年数									
	☐ ケアマネージャー ☐ その他（ ）										10 年									
実践者研修修了 の有無	☒ 有（令和3年度修了）→認知症介護実践者研修修了証の写し添付																			
	☐ 無（介護実務経験日数 日）→介護福祉士登録証の写しと実務経験確認書を添付																			
法人名 施設・事業所名 所在地 (送付先)	社会福祉法人〇〇会										高さを揃えてください。 ※〇（オー）と0（ゼロ）に注意 ※小文字と大文字の区別を しっかりつけてください。									
	特別養護老人ホーム〇〇苑																			
	〒 〇〇〇-〇〇〇〇 千葉県 〇〇市～																			
連絡先	電話番号 〇〇〇-〇〇〇-〇〇〇〇										FAX番号 〇〇〇-〇〇〇-〇〇〇〇									
	事務担当者名 事務 鈴木										電話番号 〇〇〇-〇〇〇-〇〇〇〇									
	メールアドレス △△@◆◆.co.jp																			
事業所の種類	☒ 介護老人福祉施設（特別養護老人ホーム） ☐ 介護老人保健施設 ☐ 介護医療院																			
	☐ 訪問介護 ☐ 訪問看護 ☐ 通所介護 ☐ 通所リハビリ																			
受講目的 (複数選択可)	☐ 地域密着型サービス事業所（いずれかに○） （通所・認知症対応型通所・小多機・グループホーム・看多機・その他）																			
	☐ その他（ ）																			
	☐ 指定（介護予防）認知症対応型共同生活介護事業所（グループホーム）で、短期利用認知症 対応型共同生活介護の事業を行うため																			
☐ 指定（介護予防）認知症対応型共同生活介護事業所（グループホーム）を新規開設 するため ※事業所の新規開設予定日 年 月																				
☐ 認知症介護指導者養成研修の受講を希望するため																				
☒ 自分のスキルアップのため																				
☒ 上司に受けるように薦められたため																				
☒ 施設・事業所で加算を取得するため																				
☐ その他（ ）																				
上記の者を、千葉県認知症介護実践リーダー研修の受講希望者として、申請します。																				
施設・事業所長名										認知 症太郎										

チェックボックスには、
当てはまるものにチェックを
入れてください。

資料送付等に使用
します。
勤務先か個人の
連絡先、どちらか
を御記入ください。