

(第1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（地域密着型以外）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年度第1回
ふりがな	ちば たろう
氏名	千葉 太郎
生年月日	昭和9年4月20日27歳
保有資格	☒ 介護福祉士 ☐ 社会福祉士 ☐ 保健師・看護師・准看護師 ☐ 介護支援専門員 ☐ 訪問介護員 ☐ 保有資格無（基礎研修修了年月 年 月） ☐ その他（ ）
職 種	☒ 介護職員 ☐ 看護職員 ☐ 生活相談員 ☐ 計画作成者 ☐ ケアマネージャー ☐ その他（ ） 身体介護業務 通算経験年数 5 年

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。

高さを揃えてください。
※0（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。

法人名	社会福祉法人〇〇会			
設・事業所名	特別養護老人ホーム〇〇苑			
所在地 (送付先)	〒 〇〇〇-〇〇〇〇 千葉県 〇〇市～			
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	
連絡先	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		

資料送付、ZOOMア
カウント送付等に
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。

事業所の種類	☒ 介護老人福祉施設（特別養護老人ホーム） ☐ 訪問介護 ☐ 訪問看護 ☐ 通所介護 ☐ 通所リハビリ ☐ 地域密着型（介護予防）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（ ）
受講目的 (複数選択可)	☐ 地域密着型（介護予防）サービス事業所の計画作成者になるため ☐ 地域密着型（介護予防）サービス事業所を新規開設するため ※事業所の新規開設予定日 年 月 ☐ 認知症介護実践リーダー研修の受講を希望するため ☐ 認知症対応型サービス事業管理者研修の受講を希望するため ☐ 小規模多機能型サービス等計画作成担当者研修の受講を希望するため ☐ 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者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