

(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)

千葉県認知症対応型サービス事業管理者等研修 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		☐ 管理者		☐ 計画作成者		☐ 生活相談員		身体介護業務 通算経験年数		10		年							
	☐ 看護職員		☐ その他 ()																	
実践者研修修了の有無	☐ 有 () 年度修了) → 認知症介護実践者研修修了証の写し添付 ※いずれかに○ (研修の一部免除を希望 します・しません)																			
	☒ 無																			
勤務先	法人名		社会福祉法人〇〇会																	
	施設・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							
	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	☐ 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)																			
	☒ 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																			
受講目的 (複数選択可)	☐ 訪問介護 ☐ 訪問看護 ☐ 通所介護 ☐ 通所リハビリ																			
	☐ その他 ()																			
管理職等	☐ 管理者を変更するため ※就任日又は予定日 年 月																			
	☐ 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																			
認知症実践リーダー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	☒ 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	☐ その他 ()																			
上記の者を、千葉県認知症対応型サービス事業管理者等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。

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。