別紙様式１　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（認知症介護研究･研修仙台センター）

写真貼

認知症介護指導者養成研修受講申込書

募集要項の趣旨を理解し、研修を受講したく、下記のとおり申込みます。

　　　　令和 年　　月　　日

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| フリガナ |  | 性　　別 | 男　　　　　女 |
| 氏　名 |  |
| 生年月日（年齢） | 昭和・平成　　　年　　月　　日（　　　　歳） |
| 職場 | 法人種別 |  | サービス種別 |  |
| フリガナ |  | フリガナ |  |
| 法人名 |  | 施設・事業所名 |  |
| フリガナ |  |
| 住　所 | 〒 |
| 電　話 |  | FAX |  |
| E-mail |  |
| 連絡先（職場以外） | フリガナ |  |
| 住　所 | 〒 |
| 電話 |  | FAX |  |
| E-mail |  |
| 主　な　資　格（　登録番号　） | 職位名 | 管理職 | 管理職以外 |
| １　　医師（　　　　　　　）２　　保健師（　　　　　　　）３　　助産師（　　　　　　　）４　　看護師（　　　　　　　）５　　准看護師（　　　　　　　）６　　理学療法士（　　　　　　　）７　　作業療法士（　　　　　　　）８　　言語聴覚士（　　　　　　　） | ９　　社会福祉士（　　　　　　　）10　介護福祉士（　　　　　　　）11　精神保健福祉士（　　　　　）12　介護支援専門員（　　　　　）13　その他 | 組織経営 |  |  |
| 介護部門 |  |  |
| 看護部門 |  |  |
| リハビリ部門 |  |  |
| 相談員 |  |  |
| 介護支援専門員 |  |  |
| 医師 |  |  |
| その他 |  |  |
| その他の職位（他の職位を兼務している場合、主要な兼務の「サービス種別」「職場名」「職位」を記入する） |
|  |
| 健康状況 | 良好　　・　　加療中（　服薬中　）　　・　　加療中（　経過観察中　）　　　　　＊当てはまるものに○ |
| 介護実務経験　（サービス種別・職場名・職位名・期間を新しいものから書く） | 総介護実務年数 |
| １　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（　　　　年間） | 年 |
| ２　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（　　　　年間） |
| ３　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（　　　　年間） |
| 認知症介護に関する研修の受講歴　（当てはまる番号に○） | 認知症介護基礎研修又は認知症介護実践研修の企画・立案に参画、又は講師として従事する予定 |
| １　認知症介護実践者研修　　　　　　　　２　認知症介護実践リーダー研修３　認知症介護実務者研修基礎課程　　４　認知症介護実務者研修専門課程５　その他　 |
|  |
| 認知症介護に関する研修の講師歴 | 受講希望回（○を付ける） | パソコン・WIFI貸出希望 | 宿泊希望 |
| １２３ | 第１希望 | 第１・２回 | 有　　　無 | 有　　　無 |
| 第２希望 | 第１・２回 |

別紙様式１　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（認知症介護研究･研修仙台センター）

**認知症介護指導者養成研修修了後の役割の理解**

　認知症介護指導者養成研修修了後には、以下の役割を担うことが求められます。役割を理解した上で、□にチェックを付けてください。

□ 認知症介護基礎研修、認知症介護実践者研修及び認知症介護実践リーダー研修を企画・立案し、講義、演習、実習の講師を担当することを理解している

□ 介護保険施設・事業者等における介護の質の改善について指導する役割となることを理解している

□ 自治体等における認知症施策の推進に寄与する役割となることを理解している

|  |
| --- |
| 研　　修　　受　　講　　希　　望　　理　　由 |
|  |

個人情報の取り扱いについて

私は、「令和７年度認知症介護指導者養成研修受講者募集要項」の「10　個人情報の取り扱い」について、同意します。

令和 年　　月　　日

 　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（自筆に限る）

別紙様式２

令和７年　　月　　日

　　認知症介護研究・研修仙台センター長　様

　　　　　　　　　　　都道府県知事・指定都市長、介護保険施設・事業者等長名

次の者は認知症介護指導者養成研修受講者募集要項における研修の目的（認知症介護基礎研修、認知症介護実践者研修及び認知症介護実践リーダー研修を企画・立案し、講義、演習、実習の講師を担当すること及び介護保険施設・事業者等における介護の質の改善について指導すること、自治体等における認知症施策の推進に寄与すること）を理解し、研修対象者の要件を満たしますので、令和７年度認知症介護指導者養成研修の受講者として推薦します。

　　　第１回

　　　　　　　氏　名

　　　　　　　所　属

　　　第２回

　　　　　　　氏　名

　　　　　　　所　属

別紙様式３

作成日　令和７年　　月　　日

実践事例報告のタイトル

都道府県指定都市名

氏名

１．この事例を取り上げた理由

２．倫理的配慮

（記載内容の例）

１）認知症の人または代諾者に対する説明と同意

２）管理者に対する説明と同意

３．事例紹介（性別、年代、原因疾患・現病、薬、自立度、生活歴、支援の経過、

その他事例の理解を深めるために必要な情報）

４．課題分析とケアの取り組み及びその結果

（記載内容の例）

１）解決を目指した認知症の人にとっての課題

２）課題の発生原因とその根拠となる事実

３）実施したケア

４）実施したケアの結果

５．取り組みの評価及び自分自身が学んだこと

（記載内容の例）

１）取り組みの評価

２）本事例に取り組んだことによる自己の学び

（合計文字数○○○○文字）

別添１

令和７年度鳥取県認知症介護指導者養成研修推薦理由等

受講希望者氏名

所属名

１　過去の実績

２　指導者としての資質

３　その他特記事項

４　その他

　　　推薦に当たり、下記の（１）又は（２）に該当する（　　）内に○をしてください。

（１）（　　　）県の推薦を希望

県推薦で選外になった場合の対応（いずれかに○をしてください）

　　　　　　　　　（　　　）研修受講を希望しない

　　　　　　　　　（　　　）事業所推薦とする

（２）（　　　）事業所推薦を希望

　　　　令和　　年　　月　　日

法 人 名

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　代表者名　　　　　　　　　　　　　　　印