

(第1号様式)

〇〇市長

様

記載例（地域密着型の事業所の場合）

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（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 ※いずれかに○（研修の一部免除を希望 します・しません）																			
	☐ 無																			
	法人名		社会福祉法人〇〇会																	
施設・事業所名	グループホーム〇〇苑		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。																	
	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																	
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																			
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（																			
	☒ 管理者を変更するため ※就任日又は予定日 令和7年10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（																				
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。