

実践者研修 第1回（市民交流プラザふくちやま）

令和8年度京都府認知症介護実践者等養成研修 受講申込書
（認知症介護実践者研修（第1回））

令和8年 月 日

法人名
代表者事業所名
管理者

令和8年度京都府認知症介護実践者等養成研修（認知症介護実践者研修（第1回））について、下記のとおり申込みます。

記

受講者勤務先	事業所名 (サービス種別)	()	問い合わせ先担当者名
	所在地	〒	電話： FAX： e-mail：

受講申込者		生年月日	実務経験年数	現事業所での勤続年数
(フリガ)		昭和	年 月	年 月
氏名		平成	年 月 (申込日現在)	年 月 (申込日現在)
職位		取得資格		
職種		認知症介護基礎 研修受講の有無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	
本年度受講を希望する他の研修		<input type="checkbox"/> 管理者研修 <input type="checkbox"/> 計画作成担当者研修		

●提出書類一覧

- 受講申込書（様式1）
- 受講申込者優先順位一覧表（様式2） ※1事業所から2名以上申込みの場合
- 携帯端末使用届出書（様式3） ※やむを得ず携帯端末を使用する者
- 資格または研修修了証書（証明書）の写し（認知症介護基礎研修を含む。）
※複数の資格を有する者は、いずれか1つの証明書を添付すること。
- 返信用封筒 申込者1名あたり1枚(角2号封筒(24cm×33.2cm)に180円切手貼付)
※事業所の住所・事業所先・郵便番号を記載すること。
事業所あてに受講可否を通知するため、必ず事業所が先に内容を確認してから受講者へ渡すよう、返信用封筒の宛先を記載すること。

●提出期日：令和8年4月13日(月)必着 ※封筒に「実践者研修 受講申込書」と記載して郵送

●提出先：一般社団法人京都府老人福祉施設協議会 事務局

〒604-0874 京都市中京区竹屋町通烏丸東入ル清水町375番地

ハートピア京都（京都府立総合社会福祉会館）8階

【地域密着型サービス事業所は、事業所が所在する市町村介護保険担当課へ提出すること。】

実践者研修 第1回（市民交流プラザふくちやま）

様式 2

※1事業所から2名以上申込み場合には、各研修の受講申込書と併せて提出願います。

令和8年度京都府認知症介護実践者等養成研修 受講申込者優先順位一覧表

法人名	
事業所名	
サービス種別	

優先順位	受講申込者 氏名
1	
2	
3	
4	
5	

実践者研修 第1回（市民交流プラザふくちやま）

様式3

※講義・演習中やむを得ず携帯端末を使用する必要がある者は、各研修の受講申込書と併せて提出願います。

令和8年度京都府認知症介護実践者等養成研修 携帯端末使用届出書

下記のとおり、講義・演習中の携帯端末の使用が必要であるため、届け出ます。

記

法人名	
事業所名	
サービス種別	
受講申込者 氏名	
使用目的・理由	(例) 翻訳機能を使用するため 等

実践者研修 第1回（市民交流プラザふくちやま）

様式 1

記入例

令和8年度京都府認知症介護実践者等養成研修 受講申込書 （認知症介護実践者研修（第1回））

令和8年 月 日

法人名 社会福祉法人〇〇〇会

表 者 丹後 太郎

印

所 名 特別養護老人ホーム洛央苑

理 者 中丹 次郎

（認知症介護実践者研修（第1回））について、下記のと

※サービス種別

申込日現在で、申込者の所属事業所のサービス種別を記入してください。

（次ページのサービス一覧をご参照ください。）

※受講申込者・生年月日

修了証書発行の際に必要な情報になりますので、楷書で丁寧に記載してください。

受講者勤務先	事業所名 (サービス種別)	特別養護老人ホーム洛央苑 (介護老人福祉施設)	問い合わせ先担当者名 南丹 花子
	所在地	〒◇◇◇◇-◇◇◇◇ 〇〇市△△町4番地	電 話 : 〇〇〇-〇〇〇〇 F A X : 〇〇〇-●●●● e-mail : 〇〇〇〇@〇〇〇

受講申込者		生年月日	実務経験年数	現事業所での勤続年数
(フリガ) ヤマシロ イチロウ 氏名 山城 一郎	昭和 <u>平成</u>	1年 5月 5日	7年 0月 (申込日現在)	7年 0月 (申込日現在)
職 位	副リーダー	取得資格	介護支援専門員	
職 種	介護職員	認知症介護基礎研修受講の有無	<input type="checkbox"/> 有 <input checked="" type="checkbox"/> 無	
本年度受講を希望する他の研修		<input type="checkbox"/> 管理者研修 <input type="checkbox"/> 計画作成担当者研修		

●提

※実務経験年数

申込日時点で、介護保険サービス事業所において介護業務に直接従事した年数を記入してください。（事務職員や調理員など、介護業務に直接従事していない期間は含みません。）

※現事業所での勤続年数

申込日時点で所属している事業所の勤続年数を記載してください。

※職位・職種

次ページを参考に、受講申込者の所属事業所での職位、職種を記載してください。

※消せるボールペンや、鉛筆は使用しないでください。

●提

●提出先：一般社団法人京都府老人福祉施設協議会 事務局

〒604-0874 京都市中京区竹屋町通烏丸東入ル清水町 375 番地

ハートピア京都（京都府立総合社会福祉会館）8階

【地域密着型サービス事業所は、事業所が所在する市町村介護保険担当課へ提出すること。】

* サービス一覧

居宅サービス

- 訪問介護 訪問入浴介護 訪問看護 訪問リハビリテーション 居宅療養管理指導
- 通所介護 通所リハビリテーション 短期入所生活介護 短期入所療養介護
- 特定施設入居者生活介護 福祉用具貸与 特定福祉用具販売

地域密着型サービス

- 定期巡回・随時対応型訪問介護看護 夜間対応型訪問介護 地域密着型通所介護
- 認知症対応型通所介護 小規模多機能型居宅介護
- 認知症対応型共同生活介護 地域密着型特定施設入居者生活介護
- 地域密着型介護老人福祉施設 看護小規模多機能型居宅介護（複合型サービス）

介護保険施設

- 介護老人福祉施設 介護老人保健施設 介護療養型医療施設 介護医療院

その他

- 居宅介護支援 介護予防支援

※予防サービスに所属している場合は、本体サービスを記載してください。

(例) 予防訪問介護事業所に所属 → 「訪問介護」と記載

* 職位

以下の記載例を参考に、受講申込者の所属事業所での職位を記載してください。

【記載例】

- 介護士 (介護に従事する者で、リーダー等管理職でない場合)
- 副リーダー (サブリーダーや副主任など、リーダーの補佐を担っている場合)
- リーダー (ユニットリーダーやフロアリーダー、介護主任などを担っている場合)
- 管理者 (施設長など、事業所全体の統括を担っている場合)

* 職種

以下の選択肢の中から、受講申込者の職種を記載してください。

- 介護職員 看護職員 生活相談員 介護支援専門員 サービス提供責任者
- 管理者 その他

※兼務をしている場合は、(例)のように記載してください。

(例) 介護職員と生活相談員を兼務 → 介護職員兼生活相談員

※選択肢の中に該当する職種がない場合は、その他を選択し、下記のように記載してください。

(例) 機能訓練指導員である場合 → その他(機能訓練指導員)