

認知症介護実践者研修(または、痴呆介護実務者研修(基礎課程))を修了し1年以上経過していない方が申し込むにあたって、研修開始日時点で、介護保険施設・事業所等においてサービスを利用者に直接提供する介護職員として、介護福祉士資格を取得した日から起算して10年以上、かつ、1,800日以上の実務経験を有することが確認できるようご記入ください。

東京都知事 殿

法人名		株式会社Z			
(事業所名)		Z事業所			
申込者(受講希望者の所属長)		役職	管理者	所属長氏名	文京 けんと
事務連絡先	事業所名	Z事業所			
	連絡先 TEL	03-****-9999			
	連絡担当者氏名	文京 けんと			

【受講希望者について】

ふりがな	けんしゅう はなこ		
受講希望者氏名	研修 花子		
介護福祉士登録証に記載の「登録年月日」	平成25年4月12日	左記で入力した日（登録年月日）以前は、開始日欄に入力できません。	令和7（2025）年5月13日より後の日付は、終了日欄に入力できません。

【実務経験】

- ※1 介護保険施設・事業所等において、サービスを利用者に直接提供する介護職員として従事した期間・日数のみご記入ください。（看護業務、相談業務に従事した期間は含みません。）
 ※2 介護福祉士資格を取得した日から起算して10年以上、かつ、1,800日以上の実務経験を有することが確認できる、令和7年5月13日までの見込みを含めた実務経験を記入してください。
 ※3 介護福祉士登録日より前の期間を含めることはできません。
 ※4 従業期間や従事日数が不明な場合は、勤務先に照会して記載してください。

[illegible]

※記載された事項につきましては、個人情報保護等の規程に基づき、適正な管理を行い、本研修実施に関する業務以外に使用することはいたしません。