（別　紙）

令和　　年　　月　　日

＿＿＿＿＿＿＿＿介護保険担当課長　様
（市町村を記入）

法 人 名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

事業所名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

管理者名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿印

令和７年度認知症対応型サービス事業管理者研修
受講申込書の提出について

時下ますます御清祥のこととお喜び申し上げます。
さて、標記研修の受講申込に伴い別添のとおり必要書類を提出いたします。
つきましては、記載内容を御確認いただき、貴職から福岡県社会福祉協議会長あて提出いただきますようお願い申し上げます。

担当者＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

ＴＥＬ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

ＦＡＸ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

※市町村介護保険担当課に提出してください。　　（様式第１号）

令和７年度認知症対応型サービス事業管理者研修
第１回　受講申込書

○開催要綱「受講対象者」に記載の内容を十分に確認のうえ、お申込みください。
○研修修了者には修了証書を交付しますので、氏名及び生年月日は正確に記入ください。
○令和７年６月１日現在で御記入ください。

受講希望者	ふりがな		性別	男・女
	氏名			
	生年月日	昭和・平成　　年　　月　　日生（　　歳）		
所属等	法人名			
	事業所名			
	所在地	（〒　　－　　） ＴＥＬ（　　）　　－ ＦＡＸ（　　）　　－		
		※決定通知等の文書を送付します。**上記と異なる場合のみ**下記に御記入ください。 宛名： 住所：（〒　　－　　）		
	現在の役職			
認知症対応型サービス事業について	事業の種別（いずれかを○で囲んでください）	・単独型・併設型指定(介護予防)認知症対応型通所介護事業所 ・共用型指定(介護予防)認知症対応型通所介護事業所 ・指定(介護予防)小規模多機能型居宅介護事業所 ・指定(介護予防)認知症対応型共同生活介護事業所 ・指定看護小規模多機能型居宅介護事業所		
	開設時期等（いずれか御記入ください）	【開設済み】 開設（指定）日　平成・令和　年　月　日 就任（予定）日　平成・令和　年　月　日		
		【開設予定】 開設指定日　令和　年　月　日 就任予定日　令和　年　月　日		

メールアドレスフォームへの登録が済んでいれば、済
まだの場合は登録予定日を下記に記入してください。

※メールアドレスを登録しなければ研修受講に必要な案内ができませんので、ご注意ください。

済　・　未（　　/　　頃に登録予定）

（様式第２号）

受講申込者経歴書

○令和７年６月１日現在で御記入ください。

ふりがな	
氏　　名	

受講者 現住所	（〒　　－　　） （ＴＥＬ　　－　　－　　）

認知症高齢者の介護業務における実務経験年数	年　　ヶ月

勤務期間	勤務先名	職務内容
≪例≫ 令和２年４月１日～令和７年５月31日(計５年２ヶ月)	グループホーム○○○○○	介護職
年　月　日～　年　月　日(計　年　ヶ月)		
年　月　日～　年　月　日(計　年　ヶ月)		
年　月　日～　年　月　日(計　年　ヶ月)		
年　月　日～　年　月　日(計　年　ヶ月)		
年　月　日～　年　月　日(計　年　ヶ月)		
年　月　日～　年　月　日(計　年　ヶ月)		

認知症介護実践者研修　修了（見込）年月日	平成・令和　　年　　月　　日
痴呆介護実務者研修（基礎過程）　修了年月日	平成　　年　　月　　日

資格取得免許の種類	資格取得年月日
	平成・令和　　年　　月　　日
	平成・令和　　年　　月　　日
	平成・令和　　年　　月　　日

（様式第３号－１）

受講申込みに係る職員体制一覧表
（１ユニット開設のグループホーム用）

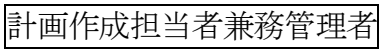
○ 貴グループホームの開設ユニットにおける職員体制（管理者及び計画作成担当者）について、下記枠内の図を参照のうえ、該当する項目に記入してください。

○ 開設済グループホームにおいて、職員交代等により受講申込みすることになった場合は、現任者氏名も併せて記入してください。

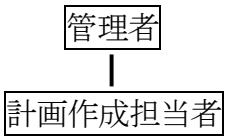
○ ※認知症介護実践者研修修了とみなされる研修については「認知症介護研修の受講要件について」を参照してください。

１ユニット開設のグループホーム

①１人体制の場合



②２人体制の場合



①１人体制の場合	現任者	新規就任（交替予定）者
計画作成担当者兼務管理者氏名		
介護支援専門員の資格	有・無	有・無
認知症介護実践者研修※	修了済・未修了	修了済・未修了

②２人体制の場合	現任者	新規就任（交替予定）者
管理者氏名		
認知症介護実践者研修※	修了済・未修了	修了済・未修了
計画作成担当者氏名		
介護支援専門員の資格	有・無	有・無
認知症介護実践者研修※	修了済・未修了	修了済・未修了

（様式第３号－２）

受講申込みに係る職員体制一覧表
（２ユニット開設のグループホーム用）

○ 貴グループホームの開設ユニットにおける職員体制（管理者及び計画作成担当者）について、下記枠内の図を参照のうえ、該当する項目に記入してください。

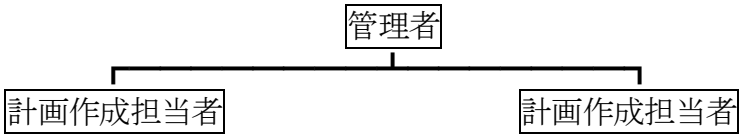
○ 開設済グループホームにおいて、職員交代等により受講申込みすることになった場合は、現任者氏名も併せて記入してください。

○ ※認知症介護実践者研修修了とみなされる研修については「認知症介護研修の受講要件について」を参照してください。

２ユニット開設のグループホーム

①２人体制

②３人体制



③４人体制

①２人体制の場合		現任者	新規就任（交替予定）者
1 ユニット	計画作成担当者兼務管理者氏名		
	介護支援専門員の資格	有・無	有・無
	認知症介護実践者研修※	修了済・未修了	修了済・未修了
2 ユニット	計画作成担当者兼務管理者氏名		
	介護支援専門員の資格	有・無	有・無
	認知症介護実践者研修※	修了済・未修了	修了済・未修了

② ３人体制の場合		現任者	新規就任（交替予定）者
管理者氏名			
認知症介護実践者研修※		修了済・未修了	修了済・未修了
1 ユニット	計画作成担当者氏名		
	介護支援専門員の資格	有・無	有・無
	認知症介護実践者研修※	修了済・未修了	修了済・未修了
2 ユニット	計画作成担当者氏名		
	介護支援専門員の資格	有・無	有・無
	認知症介護実践者研修※	修了済・未修了	修了済・未修了

③ ４人体制の場合		現任者	新規就任（交替予定）者
1 ユニット	管理者氏名		
	認知症介護実践者研修※	修了済・未修了	修了済・未修了
	計画作成担当者氏名		
	介護支援専門員の資格	有・無	有・無
	認知症介護実践者研修※	修了済・未修了	修了済・未修了
2 ユニット	管理者氏名		
	認知症介護実践者研修※	修了済・未修了	修了済・未修了
	計画作成担当者氏名		
	介護支援専門員の資格	有・無	有・無
	認知症介護実践者研修※	修了済・未修了	修了済・未修了

（様式第３号－３）

受講申込みに係る職員体制一覧表
（３ユニット開設のグループホーム用）

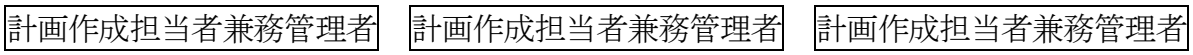
○ 貴グループホームの開設ユニットにおける職員体制（管理者及び計画作成担当者）について、下記枠内の図を参照のうえ、該当する項目に記入してください。

○ 開設済グループホームにおいて、職員交代等により受講申込みすることになった場合は、現任者氏名も併せて記入してください。

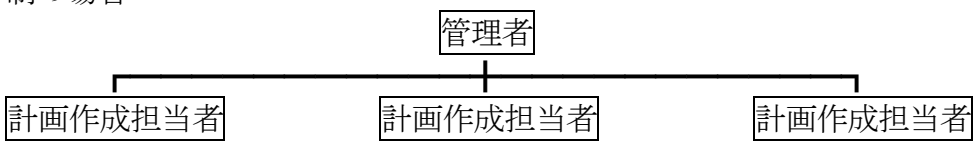
○ ※認知症介護実践者研修修了とみなされる研修については「認知症介護研修の受講要件について」を参照してください。

３ユニット開設のグループホーム

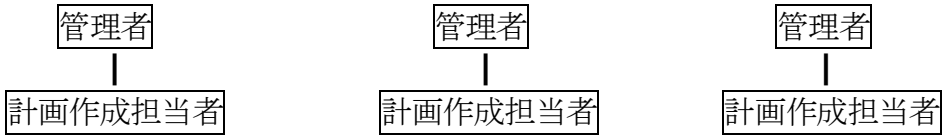
①３人体制の場合



②４人体制の場合



③６人体制の場合



①３人体制の場合		現任者	新規就任（交替予定）者
1 ユニット	計画作成担当者兼務管理者氏名		
	介護支援専門員の資格	有・無	有・無
	認知症介護実践者研修※	修了済・未修了	修了済・未修了
2 ユニット	計画作成担当者兼務管理者氏名		
	介護支援専門員の資格	有・無	有・無
	認知症介護実践者研修※	修了済・未修了	修了済・未修了
3 ユニット	計画作成担当者兼務管理者氏名		
	介護支援専門員の資格	有・無	有・無
	認知症介護実践者研修※	修了済・未修了	修了済・未修了

② ４人体制の場合		現任者	新規就任（交替予定）者
管理者氏名			
認知症介護実践者研修※		修了済・未修了	修了済・未修了
1 ユニット	計画作成担当者氏名		
	介護支援専門員の資格	有・無	有・無
	認知症介護実践者研修※	修了済・未修了	修了済・未修了
2 ユニット	計画作成担当者氏名		
	介護支援専門員の資格	有・無	有・無
	認知症介護実践者研修※	修了済・未修了	修了済・未修了
3 ユニット	計画作成担当者氏名		
	介護支援専門員の資格	有・無	有・無
	認知症介護実践者研修※	修了済・未修了	修了済・未修了

③　６人体制の場合		現任者	新規就任（交替予定）者
1 ユニット	管理者氏名		
	認知症介護実践者研修※	修了済・未修了	修了済・未修了
	計画作成担当者氏名		
	介護支援専門員の資格	有・無	有・無
	認知症介護実践者研修※	修了済・未修了	修了済・未修了
2 ユニット	管理者氏名		
	認知症介護実践者研修※	修了済・未修了	修了済・未修了
	計画作成担当者氏名		
	介護支援専門員の資格	有・無	有・無
	認知症介護実践者研修※	修了済・未修了	修了済・未修了
3 ユニット	管理者氏名		
	認知症介護実践者研修※	修了済・未修了	修了済・未修了
	計画作成担当者氏名		
	介護支援専門員の資格	有・無	有・無
	認知症介護実践者研修※	修了済・未修了	修了済・未修了

認知症対応型サービス事業
管理者研修受講における同意書

社会福祉法人
福岡県社会福祉協議会
会　長　酒　見　俊　夫　様

私は、認知症対応型サービス事業管理者研修を受講するにあたり、下記事項を遵守しなかった場合は、受講取消等の指示に従うことに同意します。

１　遅刻、欠席、早退をしません。

２　研修期間における提出物は、必ず提出期限を守り、不備なく提出します。

３　研修中は、講師の指示に従います。

４　研修中は、常に真剣な態度で臨み、他の受講者に迷惑をかけません。

５　開催要綱１１「オンライン研修実施方法について」を熟読し、適切な受講環境を準備します。

令和　７年　　月　　日

所属施設名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

受講者氏名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿㊞