

令和8年度

群馬県認知症介護研修の手引
《受講者版》

群馬県健康福祉部

地域福祉課

群馬県認知症介護研修について

群馬県では、認知症の方を取り巻く様々な課題を踏まえ、国の要綱、カリキュラムに基づき、各施設・事業所が質の高い介護サービスを提供できるよう「尊厳あるケアを実践できる人材の育成」を目指しています。

令和 8 年度は、下記の研修を実施しますので、多くの介護従事者の皆様の受講をお待ちしています。

群馬県認知症介護研修の手引 目次

研修受講の注意	2
令和 8 年度群馬県認知症介護研修実施スケジュール	3
認知症介護実践者研修・実践リーダー研修 申込方法	4
令和 8 年度実施研修の日程・内容	
認知症介護基礎研修	7
認知症介護実践者研修	11
認知症介護実践リーダー研修	17
認知症対応型サービス事業開設者研修	25
認知症対応型サービス事業管理者研修	29
小規模多機能型サービス等計画作成担当者研修	33
推薦書の作成方法等について	37

研修受講の注意

- 研修ごとに申込方法・申込期日・受講要件が異なりますので、この手引きをよく確認した上で申込みをしてください。
- 個人で申込みができるのは、認知症介護フォローアップ研修のみです。それ以外の研修は、施設・事業所からお申込みください。
- 添付する修了証書等と現在の氏名が異なる場合は、住民票等(旧姓・新姓、両方の記載があるもの)、変更前後の氏名が記載されている公的な書類等を添付してください。
- 市町村を通して申込む研修に関しては、市町村長の推薦書が必要になるため申込み完了までに時間がかかります。添付書類を添えて、決められた期間内に所管の市町村に申込むようにしてください。
- 申込み完了後、研修開催日3週間前を目途に、受講可(否)決定通知を施設・事業所長様宛に送付します。所管の市町村経由での申込みに関しては、市町村を通して送付します。決定通知の中には、研修に関する注意事項が書かれた書類や、事前課題等が入っていますので、よく読んで準備をしてきてください。
- 受講料は振込みです。詳細は受講決定通知書でお知らせします。指定期日までに振込みが確認されない場合は受講できませんのでご注意ください。
研修開催日の前日(研修指導センター休業日を除く)の15時までに辞退(電話連絡のみ)をお申し出いただいた際は、必要経費を差し引いた額をご返金いたします。
- 申込みをされた後の受講者の変更は認めません。また、受講決定通知が届いてからの受講辞退は、専用の書式にて手続きをとっていただきます(決定通知送付前と手続き方法が異なります)。当日欠席の場合は辞退となります。
- 各研修とも全日程を修了した方に、修了証書を交付します(認知症介護フォローアップ研修は除く)。欠席・遅刻・早退が生じないようにご注意ください。
- Zoomの操作方法については、ホームページをご確認ください。

令和8年度群馬県認知症介護研修実施スケジュール

※詳細は、各研修のページをご覧ください。

研修名	回数	日程
認知症介護 基礎研修		※認知症介護基礎研修はeラーニングで実施します。 詳細は群馬県のホームページをご確認ください。
認知症介護 実践者研修 ※各回同じ内容です ※第3回、第5回は オンライン併用で 実施します	第1回	講義：6/5(金)・8(月)・9(火)・18(木)・19(金)・24(水) 職場実習評価：8/4(火)
	第2回	講義：7/8(水)・9(木)・10(金)・22(水)・23(木)・28(火) 職場実習評価：9/1(火)
	第3回	<u>講義(オンライン)：8/7(金)・10(月)・12(水)・20(木)・21(金)</u> 講義(対面)：8/25(火) 職場実習評価(対面)：10/6(火)
	第4回	講義：9/7(月)・8(火)・9(水)・17(木)・18(金)・25(金) 職場実習評価：10/29(木)
	第5回	<u>講義(オンライン)：12/16(水)・17(木)・18(金)・25(金)・1/6(水)</u> 講義(対面)：1/8(金) 職場実習評価(対面)：2/10(水)
認知症介護 実践リーダー研修 ※第2回は オンライン併用で 実施します	第1回	講義：5/22(金)・26(火)・27(水)・28(木)・6/2(火)・3(水) 職場実習中間報告：6/26(金) 結果報告/職場実習評価：7/17(金)
	第2回	<u>講義(オンライン)：10/9(金)・14(水)・15(木)・21(水)・22(木)</u> 講義(対面)：10/27(火) 職場実習中間報告(対面)：11/20(金) 結果報告/職場実習評価(対面)：12/11(金)
認知症対応型サービス 事業開設者研修		講義：10/16(金)・12/2(水) 職場体験：10/26(月)～11/20(金)の指定する1日
認知症対応型サービス 事業管理者研修 ※各回同じ内容です ※第2回はオンライン で実施します	第1回	講義：10/20(火)・23(金)
	第2回 オンライン	講義：2/16(火)・17(水)
小規模多機能型 サービス等 計画作成担当者研修		講義：10/13(火)・11/6(金) 事業所実習(4時間)：10/19(月)・26(月)・28日(水)・30日(金) の指定する1日
認知症介護 フォローアップ研修		日程未定 オンライン

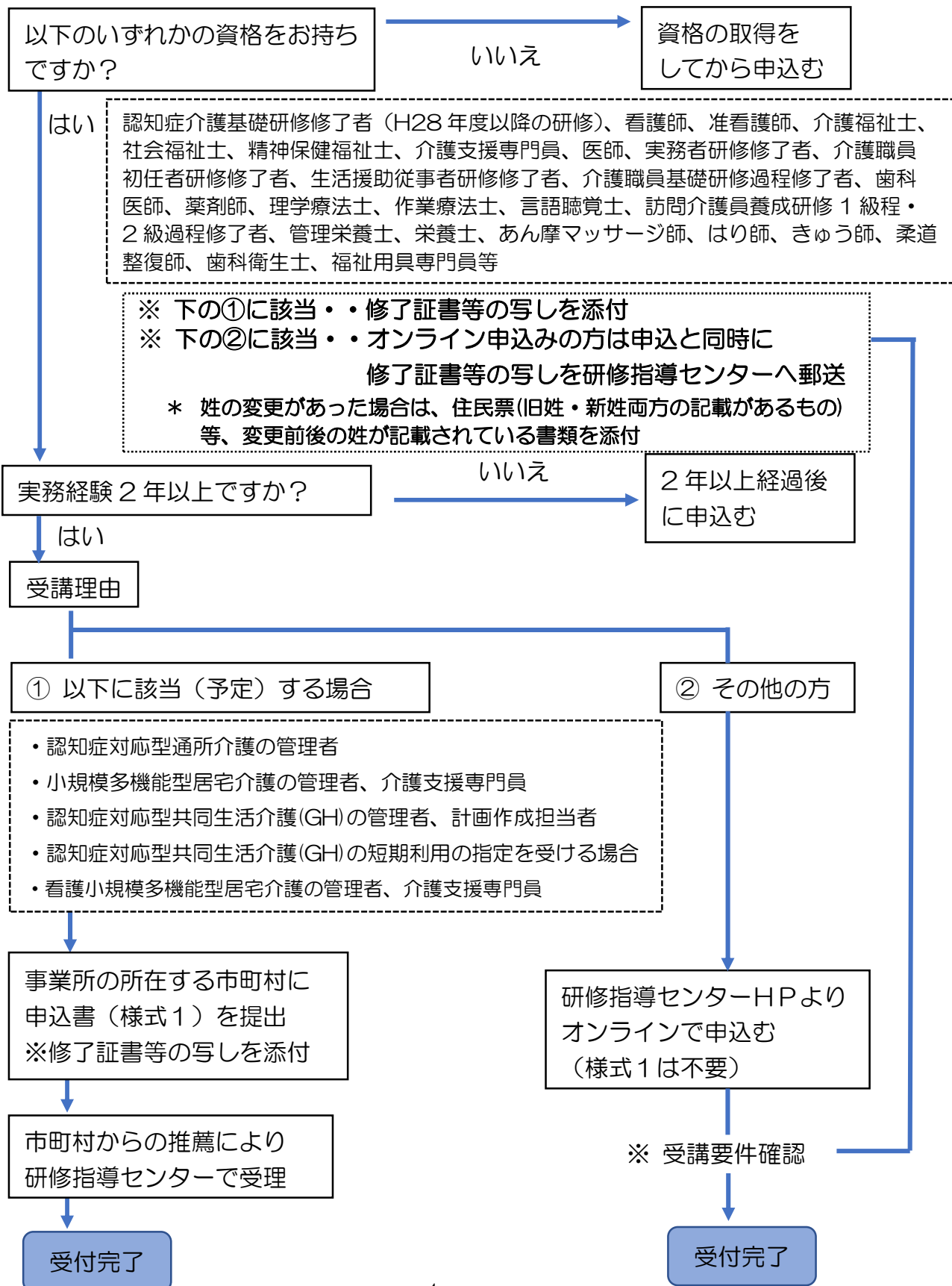
※基礎研修以外の会場は、群馬県社会福祉事業団特別養護老人ホーム明風園研修室です。

※認知症介護フォローアップ研修の詳細は、後日公表いたします。

認知症介護実践者研修・実践リーダー研修 申込方法

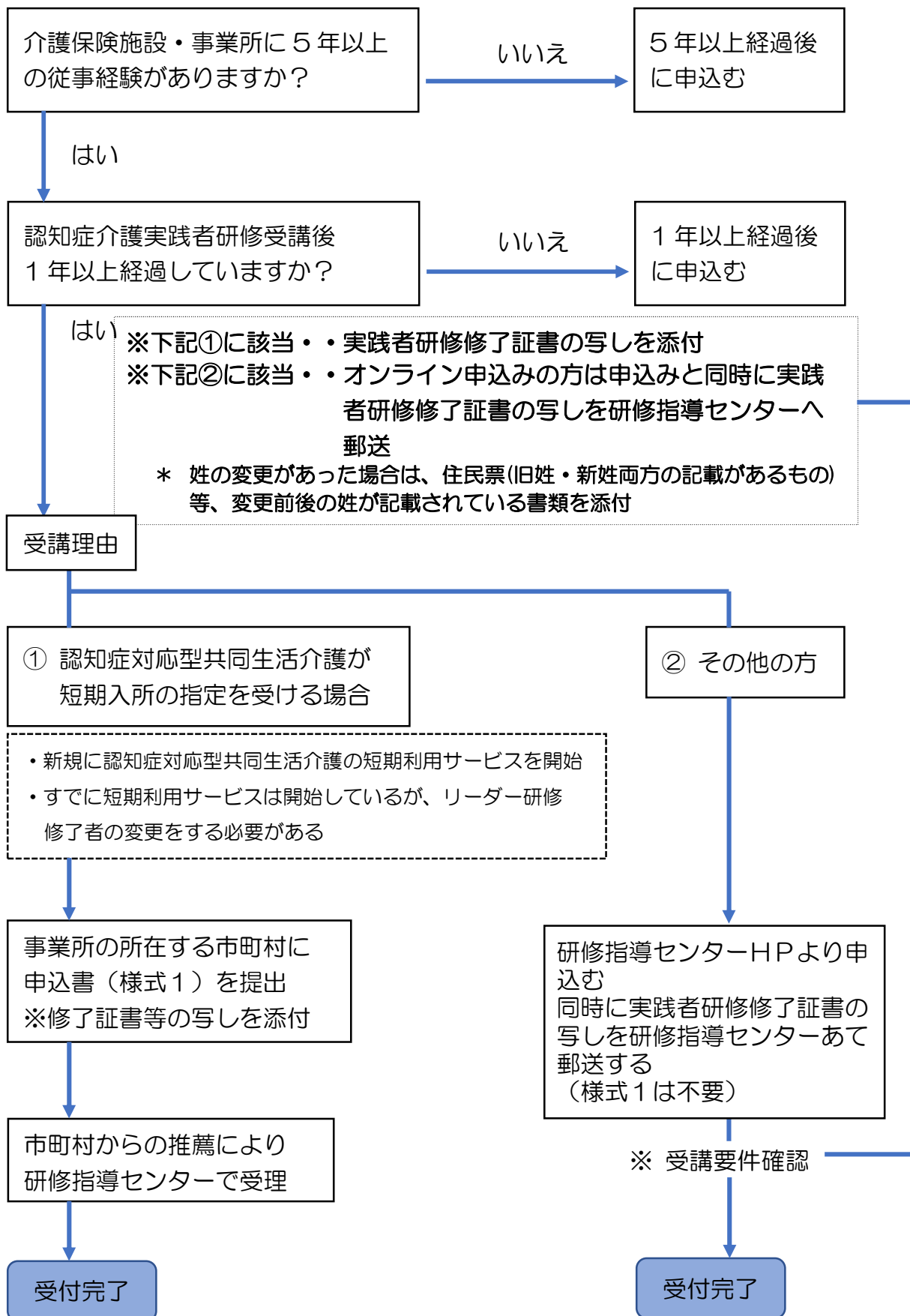
【認知症介護実践者研修】

※研修指導センターで受講者の選定を行う際に受講要件確認書類が届いていない場合は選考することができませんので、ご注意ください。



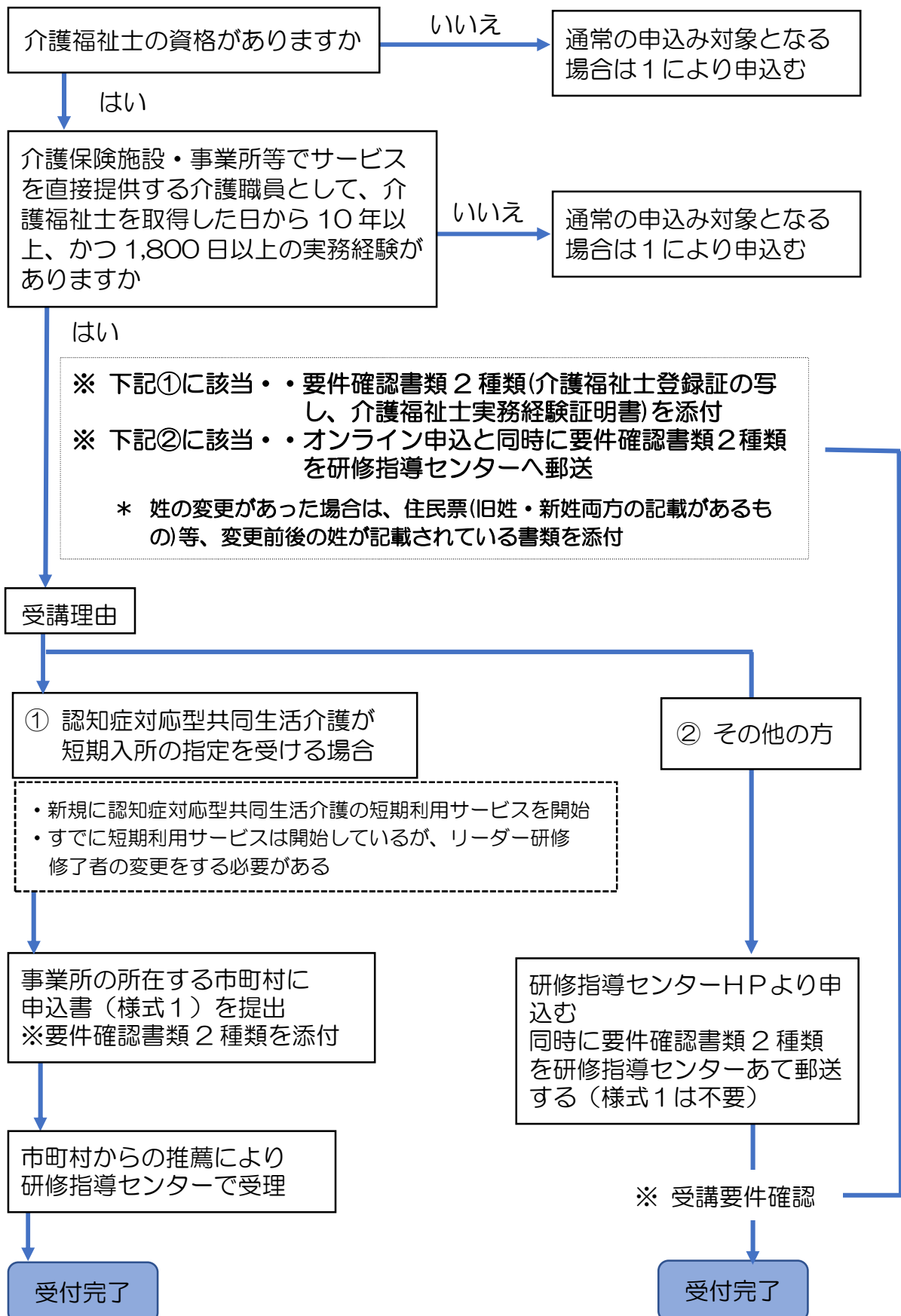
【認知症介護実践リーダー研修】 1. 通常の申込み

※研修指導センターで受講者の選定を行う際に受講要件確認書類が届いていない場合は選考することができませんので、ご注意ください。



【認知症介護実践リーダー研修】 2. 研修対象者の要件拡大による申込み
(令和9年3月31日まで)

※研修指導センターで受講者の選定を行う際に受講要件確認書類が届いていない場合は選考することができませんので、ご注意ください。



令和 8 年度実施研修の日程・内容

1. 認知症介護基礎研修

～基礎的な認知症介護の知識と技術を学びます～

ねらい

認知症介護の基礎的知識・技術とそれを実践する際の考え方を身につけます

指定法人

指定法人 1

社会福祉法人東北福祉会 認知症介護研究・研修仙台センター

指定法人 2

株式会社クーリエ

問い合わせ先

【システムに関すること】

〈認知症介護研修仙台センターの場合〉

お問合せは以下のリンクに示すページの下部にある「eラーニングに関するお問い合わせ」フォームからお問合せください。

※登録手続きをご案内する操作マニュアル及び学習内容等を示しています。

<https://kiso-elearning.jp/>

〈株式会社クーリエの場合〉

お問合せは以下のリンクに示すページの下部にあるお問い合わせフォームからお問合せください。

<https://market.minnanokaigo.com/learning/lp>

【基礎研修（eラーニング）全体に関すること】

県地域福祉課（TEL：027-226-2565）までお問い合わせください。

概要

本研修は、介護保険施設・事業所において介護に直接携わる職員のうち医療・福祉関係の資格を有さない方等を対象に実施します。令和 4 年度からは、新カリキュラムに基づいて実施する eラーニングのみでの開催となりました。

※令和 3 年度の介護報酬改定により、無資格者への認知症介護基礎研修の受講が義務づけられています。

※平成 27 年度まで実施していた「認知症介護基礎研修」のみを修了している方は義務づけの対象外にならないため、再度認知症介護基礎研修を受講いただく必要があります。

※義務づけの対象外となる有資格者等は、以下のとおりです。

看護師、准看護師、介護福祉士、介護支援専門員、実務者研修修了者、介護職員初任者研修修了者、生活援助従事者研修修了者、介護職員基礎研修課程又は訪問介護員養成研修一級課程・二級課程修了者、社会福祉士、医師、歯科医師、薬剤師、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、精神保健福祉士、管理栄養士、栄養士、あん摩マッサージ師、はり師、きゅう師、柔道整復師、歯科衛生士、福祉用具専門員等

(1) eラーニング

● 研修方法

eラーニングシステムを使用して実施します。

※eラーニングとは、Web上に掲載された講義動画や確認テスト等の学習コンテンツを受講者が視聴等して学習するしくみです。PC、タブレット端末、スマートフォンで24時間いつでも受講することができます。

● 対象者

介護保険施設・事業所等において、介護に直接携わる職員のうち、医療・福祉関係の資格を有さない者等

(有資格者の受講を妨げるものではありません。)

● 受講申込みの流れ

〈認知症介護研究・研修仙台センターの場合〉

※事前に事業所責任者が事業所コード発行手続きを行う必要がありますので、以下の手順に従って発行をお願いします。(受講者本人が行うことはできません。)

【事業所コード発行手順】

ア <https://kiso-elearning.jp/>より「事業所登録フォーム」へ進んでください。

イ 必要事項を入力して送信してください。

ウ 後日、システムを通じて事業所コードが登録されたE-mailに発行・送信されます。(発行に数日かかる場合があります。)

エ 事業所責任者は発行された事業所コードを受講希望者へ配布・通知してください。

【受講者本人が行う手順】

① 受講希望者は、<https://kiso-elearning.jp/>にアクセスし、「受講申込みはこちら」へ進んでください。

② メールアドレスの登録を行います。

※1つのメールアドレスにて複数人の登録はできません。必ず自身のみが利用できるメールアドレスをご利用ください。

③ 登録されたE-mailにメールが届きますので、記載されたアドレスから個人情報の登録を行ってください。

④ 登録されたE-mailに登録完了通知及び受講料支払方法が送信されま

- すので、指定された支払方法にて受講料の入金を行ってください。
- ※受講料支払方法については、登録完了通知の送信後に、認知症介護研究・研修仙台センターよりメールで案内がありますので、お待ちください。
(受講料支払方法の案内が届くまでに数日かかる場合があります。)
- ⑤ 受講料の入金が確認された後、登録された E-mail に受講許可のお知らせが送信されますので、研修を開始してください。

〈株式会社クーリエの場合〉

【事業所登録（事業所責任者が行う手続き）】

(みんなの介護マーケット会員登録がお済みでない方)

- ① みんなの介護マーケット新規会員登録をし、次の画面で事業所登録ページに進んでください。

(みんなの介護マーケット会員の方)

- ① 「研修説明ページ」より「事業所登録をする」に進んでください。
- ② 必要事項を入力し、「事業所登録を完了」ボタンを押してください。
※介護保険事業所番号（半角英数字 10 桁）の入力が必要です。介護保険事業所番号がない場合は、K+電話番号下 9 桁を入力してください。
- ③ 登録されたメールアドレスに事業所登録 ID が発行されます。
- ④ 事業所責任者は、発行された事業所登録 ID・介護保険事業所番号を受講希望者へ配布・通知してください。

※受講者本人が事業所登録を行うことはできません。

【受講者本人が行う手順】

(事前準備) 申込前に、自身の事業所から事業所登録 ID 及び介護保険事業所番号を受け取ってください。

- ① みんなの介護マーケット会員登録がお済みでない方は、会員登録を行ってください。
- ② ログイン後、受講者登録画面より必要事項を入力し、受講者登録を行ってください。
- ③ 登録済みのメールアドレスに受講者登録完了のメールが届きますので、「学習コンテンツ一覧ページ」へ進み、研修を受講してください。

● 受講料

認知症介護研究・研修仙台センターの場合

3,000円

※認知症介護研究・研修仙台センターに直接お支払いください。

株式会社クーリエの場合

無料

● 対応言語

認知症介護研究・研修仙台センターの場合

日本語・やさしい日本語・英語・ベトナム語・インドネシア語・中国語・
ビルマ語・タガログ語・ネパール語

株式会社クーリエの場合

日本語

● 修了証書

通信科目をすべて受講し、確認テストを終了すると、システム上から修了証書を発行できるようになります。

● その他

・本研修は、群馬県が認知症介護研究・研修仙台センター及び株式会社クーリエを指定団体として実施します。

・eラーニングを受講するには、以下の要件を全て満たしている必要があります。

必須環境：HTML5 対応ブラウザ及び JavaScript が有効になっていること

対応端末：上記環境を満たした PC・各種タブレット・スマートフォン

対応ブラウザ：Microsoft Edge、Google Chrome、Firefox、Safari (いずれも最新版)

2. 認知症介護実践者研修

～実践的な認知症介護の知識と技術を学びます～

ねらい

認知症についての理解のもと、本人主体の介護を行い、生活の質の向上を図るとともに、行動・心理症状（BPSD）を予防できるよう認知症介護の理念、知識・技術を習得する。併せて、地域の認知症ケアの質の向上に関与できるよう学びを深めます。

概要

◎ お問い合わせ

この研修は4週間の職場実習が含まれています。13頁の『職場実習について』をご確認のうえ、お申込みください。

● 日程

※対象により申込先と方法が異なりますのでご注意ください。

申込①：法令の規定により研修受講が義務付けられている方、申込②：その他の方

	研修日程	申込① 市町村への 申込期間（必着）	申込② 研修指導センター への申込期間
第1回	講義：6月5・8・9・18・19・24日 職場実習評価：8月4日	4月6日（月） ～ 4月14日（火）	
第2回	講義：7月8・9・10・22・23・28日 職場実習評価：9月1日	5月14日（木） ～ 5月22日（金）	
第3回 （※1） （※2）	接続確認日：7月30日・31日の午後 （どちらかの日に必ずご参加ください） 講義（対面）：8月7・10・12・20・ 21日 講義（対面）：8月25日 職場実習評価（対面）：10月6日	6月15日（月） ～ 6月23日（火）	
第4回	講義：9月7・8・9・17・18・25 職場実習評価：10月29日	7月9日（木） ～ 7月17日（金）	
第5回 （※3）	接続確認日：12月7日・8日の午後 （どちらかの日に必ずご参加ください） 講義（対面）：12月16・17・18・25 ・1月6日 講義（対面）：1月8日 職場実習評価（対面）：2月10日	10月20日（火） ～ 10月28日（水）	

◎研修会場は、群馬県社会福祉事業団特別養護老人ホーム明風園研修室です。

◎第3・5回はオンライン（Zoom）と対面の併用で実施します。

※法令の規定により本研修が義務づけられている方は以下の点に注意して
申し込んでください。

(※1) 小規模多機能型サービス等計画作成担当者研修は、第3回実践者研修
修了見込み者までが受講対象となります。

(※2) 第1回管理者研修は、第3回実践者研修修了見込み者までが受講対象と
なります。

(※3) 第2回管理者研修は、第5回実践者研修修了見込み者までが受講対象と
なります。

◆第3回と第5回の受講には以下の要件を満たす必要があります。

・オンラインで受講することが可能なこと。

・以下の受講環境を整えられること。

パソコン・タブレットでの受講を推奨します。

安定したインターネット環境、web カメラやマイク等（内臓・外付けは問わ
ない）の機器の準備、研修に集中して参加できる環境、同一事業所内において
複数名で受講の場合には、ハウリング対策を講じられること等。

・一台の端末で複数人の受講、スマートフォン等の端末での受講は認めません。

・接続確認は研修中のトラブルを避けるため、受講時と同じ環境（パソコン・受
講場所・受講環境等）でご参加ください。

● 研修時間

講義・演習：34 時間 45 分(5. 5日間) 実践展開：1 週間

職場実習：4 週間 職場実習評価：1 日

● 会 場

群馬県社会福祉事業団特別養護老人ホーム明風園第1 研修室

〒371-0004 群馬県前橋市亀泉町 1-2 6

TEL:027-269-7780

● カリキュラム（予定）

	科目名	講義形式	時間
1 日目	認知症ケアの理念・倫理と意思決定支援	講義・演習	180 分
2 日目	生活支援のためのケアの演習 1	講義・演習	300 分
	QOL を高める活動と評価の観点	講義・演習	60 分
3 日目	家族介護者の理解と支援方法	講義・演習	90 分
	権利擁護の視点に基づく支援	講義・演習	90 分
	地域資源の理解とケアへの活用	講義・演習	120 分
	①職場実習オリエンテーション 1 ②「学習成果の実践展開」オリエンテーション	その他	60 分
学習成果の 実践展開	自施設・事業所における実践	実践	約 1 週間

4日目	学習成果の実践展開と共有	講義・演習	60分
	生活支援のためのケアの演習2 (行動・心理症状)	講義・演習	240分
	職場実習事前学習	その他	45分
5日目	アセスメントとケアの実践の基本	講義・演習	300分
	職場実習オリエンテーション2	その他	120分
6日目	職場実習の課題設定	講義・演習	420分
	職場実習	実習	4週間
	中間報告	所定の様式による	
7日目	職場実習評価		1日

● 学習成果の実践展開について

自身の所属する職場において1日目～3日目までの研修の学びを踏まえ、

- ①認知症の人とのコミュニケーションを実践し、記録します。
- ②自身が課題と感じた認知症ケアを実践し、記録します。
- ③①及び②を共有することで、知識をケアに繋げる学びを深めます。

● 職場実習について

職場実習では、認知症の症状が出ていると思われる利用者を実習対象として取り組みます。自職場において実習対象者がいない場合は、予め実習先（対象利用者）を確保してからお申込みください。

実習内容は、自職場において、一人の利用者（認知症ケアの対象者）に本人の思いに沿ったケアを探るためのアセスメントを展開し、導いたケアを実践して報告書にまとめます。

実習中は、受講者が対象利用者と十分に関わりがとれる環境が必要となります。

● 対象者

群馬県内の介護保険施設・事業所等の介護従事者等であって、身体介護に関する基本的な知識・技術を習得しており、概ね実務経験2年程度以上で、平成28年度以降の認知症介護基礎研修を修了した方（もしくはそれと同等以上の資格を有している方）。

※同等以上の資格

看護師、准看護師、介護福祉士、介護支援専門員、実務者研修修了者、介護職員初任者研修修了者、生活援助従事者研修修了者、介護職員基礎研修課程又は訪問介護員養成研修一級課程・二級課程修了者、社会福祉士、医師、歯科医師、薬剤師、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、精神保健福祉士、管理栄養士、栄養士、あん摩マッサージ師、はり師、きゅう師、柔道整復師、歯科衛生士、福祉用具専門員等

法令の規定より本研修が義務づけられている次の①～④の方は優先的に取り扱います。①～④の方は、市町村への申込みとなります。

- ① 認知症対応型通所介護事業所の管理者
- ② 小規模多機能型居宅介護事業所の管理者・介護支援専門員
- ③ 認知症対応型共同生活介護事業所の管理者・計画作成担当者、短期利用の指定を受ける場合
- ④ 看護小規模多機能型居宅介護事業所の管理者・介護支援専門員

● 定 員

各回 55 名

(受講申込者数が定員を超えた場合は、調整させていただきます)

● 申込方法

① 法令の規定により本研修が義務づけられている方(対象者の①～④)

申込書(様式1)に必要な事項を記入し、添付書類(修了証書等の写し)と一緒に事業所の所在する市町村に提出してください。

② ①以外の方

群馬県社会福祉事業団研修指導センターのホームページから申込みをしてください。申込みと同時に添付書類(修了証書等の写し)を郵送してください。

● 添付書類送付先(申込方法②の方)

〒371-0004 群馬県前橋市亀泉町 1-2 6

群馬県社会福祉事業団 研修指導センター

第〇回実践者研修 担当者 宛

※封筒の左下に「受講申請添付書類在中」と記入してください。

● 受講料 18,000円

● その他

※本研修は、認知症対応型共同生活介護事業所の計画作成担当者として勤務するための要件となっています。

※本研修は、認知症介護実践リーダー研修、認知症対応型サービス事業管理者研修、小規模多機能型サービス等計画作成担当者研修を受講するための要件となっています。

※本研修は、通所介護の認知症加算算定要件の1つとなっています。

※本研修の運営は、群馬県が群馬県社会福祉事業団へ業務委託しています。

様式 1

認知症介護実践者研修の受講対象者は、身体介護に関する基本的知識・技術を習得しており、概ね実務経験 2 年程度以上、かつ、以下のいずれかの資格をお持ちの方です。いずれの資格要件に該当するかチェックの上、**該当資格証の写しを添付して**申し込んでください。※資格者証と現在の氏名が異なる場合は、住民票等(旧姓・新姓、両方の記載があるもの)、変更前後の氏名が記載されている公的な書類等を添付。

(保有資格全てにチェックを入れて下さい。ただし、資格証の添付は 1 資格で可。)

資格要件	<input type="checkbox"/> 認知症介護基礎研修修了者(平成 28 年度以降の研修に限る) <input type="checkbox"/> 看護師 <input type="checkbox"/> 准看護師 <input type="checkbox"/> 介護福祉士 <input type="checkbox"/> 社会福祉士 <input type="checkbox"/> 精神保健福祉士 <input type="checkbox"/> 介護支援専門員 <input type="checkbox"/> 医師 <input type="checkbox"/> 実務者研修修了者 <input type="checkbox"/> 介護職員初任者研修修了者 <input type="checkbox"/> 生活援助従事者研修修了者 <input type="checkbox"/> 介護職員基礎研修課程修了者 <input type="checkbox"/> 歯科医師 <input type="checkbox"/> 薬剤師 <input type="checkbox"/> 理学療法士 <input type="checkbox"/> 栄養士 <input type="checkbox"/> 作業療法士 <input type="checkbox"/> 言語聴覚士 <input type="checkbox"/> 訪問介護員養成研修 1 級課程・2 級課程修了者 <input type="checkbox"/> 管理栄養士 <input type="checkbox"/> あん摩マッサージ師 <input type="checkbox"/> はり師 <input type="checkbox"/> きゅう師 <input type="checkbox"/> 柔道整復師 <input type="checkbox"/> 歯科衛生士 <input type="checkbox"/> 福祉用具専門員
------	--

令和 8 度認知症介護実践者研修受講申込書

受託事業者の長 様

法人名 _____

施設(事業所)名 _____

施設(事業所)長名 _____

認知症介護実践者研修の受講について次のとおり申込みます。

項目	内 容				
受講希望回	第 1 回	第 2 回	第 3 回 (一部オンライン)	第 4 回	第 5 回 (一部オンライン)
	※必ず申込期間を確認の上、受講を希望する回に○をつけてください。				
受講者	(ふりがな)		性別(任意)	生年 月日	昭和・平成 年 月 日
	氏 名				
受講者	介護現場職歴 (新しい順)	期 間	施設・事業所名		職務内容
		年 月～ 現在			
		年 月～ 年 月			
		年 月～ 年 月			
	年 月～ 年 月				
	介護の実務経験年数		年 月		

※申込書が 2 枚になっています。1 枚目と 2 枚目を両面印刷し提出してください。

※受講を希望する回の申込期間を確認の上、申し込んでください。受講希望回と申込期間が一致しないものは受理できません。

(表面)

3. 認知症介護実践リーダー研修

～ケアチームのリーダーを養成します～

ねらい

事業所全体における認知症についての理解のもと、本人主体の介護を行い、生活の質の向上を図るとともに、行動・心理症状（BPSD）を予防できるケアチームを構築するための人材育成に関する知識・技術を習得します。また、地域の認知症施策において様々な役割を担うことができるよう学びを深めます。

概要

本研修は、「認知症介護実践者研修」の内容を既に習得済みで、なおかつケアチームのリーダー又はリーダーになる予定がある方を対象としています。

◎ お願い

この研修は4週間の職場実習が含まれています。19頁の『職場実習について』をご確認のうえ、お申込みください。

● 日 程

※対象により申込先が異なりますのでご注意ください。

申込①：法令の規定により研修受講が義務付けられている方、申込②：その他の方

	研修日程	申込① 市町村への 申込期間（必着）	申込② 研修指導センター への申込期間
第1回	講義：5月22・26・27・28・ 6月2・3日 職場実習中間報告：6月26日 結果報告/職場実習評価：7月17日	4月3日（金） ～ 4月13日（月）	
第2回	接続確認日：9月30日・10月2日 の午後 (どちらかの日に必ずご参加ください) 講義（オンライン）：10月9・14・15・ 21・22日 講義（対面）10月27日 職場実習中間報告（対面）： 11月20日 結果報告/職場実習評価（対面）： 12月11日	8月3日（月） ～ 8月12日（水）	

◎研修会場は群馬県社会福祉事業団特別養護老人ホーム明風園研修室）となります。

◎第2回はオンライン（Zoom）と対面の併用で実施します。

◆第2回の受講には以下の要件を満たす必要があります。

- ・オンラインで受講することが可能なこと。
- ・以下の受講環境を整えられること。
パソコン・タブレットでの受講を推奨します。
安定したインターネット環境、webカメラやマイク等（内臓・外付けは問わない）の機器の準備、研修に集中して参加できる環境、同一事業所内において複数名で受講の場合には、ハウリング対策を講じられること等。
- ・一台の端末で複数人の受講、スマートフォン等の端末での受講は認めません。
- ・接続確認は研修中のトラブルを避けるため、受講時と同じ環境（パソコン・受講場所・受講環境等）でご参加ください。

● 研修時間

講義・演習：36時間00分（5.5日間）
 職場実習：4週間　　職場実習中間報告：0.5日間
 結果報告／職場実習評価：1日

● 会場

群馬県社会福祉事業団特別養護老人ホーム明風園第1研修室等
 〒371-0004 群馬県前橋市亀泉町 1-26
 TEL:027-269-7780

● カリキュラム（予定）

	科目名	講義形式	時間
1日目	認知症介護実践リーダー研修の理解	講義・演習	90分
	認知症の専門的理解	講義・演習	120分
2日目	認知症ケアに関する地域展開①	講義	60分
	認知症ケアに関する地域展開②	講義・演習	150分
	チームケアを構築するリーダーの役割	講義・演習	180分
3日目	実践者へのストレスマネジメントの理論と方法	講義・演習	120分
	ケアカンファレンスの技法と実践	講義・演習	120分
	認知症ケアにおけるチームアプローチの基本と実践	講義・演習	180分
4日目	職場内教育の基本視点	講義・演習	240分
	職場内教育（OJT）の方法の理解①	講義・演習	180分
5日目	職場内教育（OJT）の方法の理解②	講義・演習	60分
	職場内教育（OJT）の実践① 食事・入浴・排泄等への介護に関する指導計画/事例演習	講義・演習	120分
	職場内教育（OJT）の実践② BPSDへの介護に関する指導/事例演習	講義・演習	120分
	職場内教育（OJT）の実践③ アセスメント及びケアの実践に関する計画立案の指導方法/事例演習	講義・演習	120分
	6日目	これまでの振り返り	その他

	職場実習の課題設定①	講義・演習	90分
	職場実習の課題設定②	講義・演習	150分
職場実習		実習	4週間
7日目	職場実習中間報告		0.5日
8日目	結果報告／職場実習評価		1日

● 職場実習について

職場の職員1名を対象にして認知症ケアに関する能力評価・課題設定・指導計画・実践までの人材育成プロセスを実践し、報告書を作成し発表します。

実習中は受講者が対象職員と十分に関われる環境が必要となります。

● 対象者

以下の要件を全て満たす方。

- ① 群馬県内の介護保険施設・事業所等において介護業務等に従事する方。
- ② 概ね5年以上の従事経験を有している方。
- ③ ケアチームのリーダーや、リーダーになることが予定されている方。
- ④ 認知症介護実践者研修を修了し1年以上経過している方。

※【拡大要件】令和9年3月31日までの間は、次の方も研修の対象者となります。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方については上記の要件に関わらず研修対象者となります。

※法令の規定より本研修が義務づけられている方（認知症対応型共同生活介護が短期利用の指定を受ける場合）は優先的に取り扱います。

● 定員

各回60名

（受講申込者数が定員を超えた場合は、調整させていただきます）

● 申込方法

① 法令の規定により本研修が義務づけられている方

申込書（様式1）に必要事項を記入し、添付書類（修了証書等の写し等）と一緒に事業所の所在する市町村へ提出してください。

② ①以外の方

群馬県社会福祉事業団研修指導センターのホームページから申込みをしてください。申込みと同時に添付書類（修了証書等の写し等）を郵送してください。

※要件拡大による申込みの方は、「介護福祉士登録証の写し」及び、「介護福祉士実務経験証明書（様式2）」を添付してください。

- 添付書類送付先（申込方法②の方）
〒371-0004 群馬県前橋市亀泉町 1-26
群馬県社会福祉事業団 研修指導センター
リーダー研修 担当者 宛
※封筒の左下に「リーダー研修添付書類在中」と記入してください。

- 受講料 40,000円

- その他
 - ※本研修は、認知症対応型共同生活介護事業所が短期利用の指定を受けるための要件となっています。
 - ※本研修は、「認知症専門ケア加算Ⅰ」の算定要件の1つとなっています。
 - ※本研修は、「認知症介護実践者研修」の内容を習得済みで、なおかつ現場におけるケアチームのリーダー、又はリーダーになる予定の方を対象とした研修内容になっています。受講に不安のある方は、事前に「認知症介護実践者研修」の学習内容を振り返った上で、受講してください。
 - ※本研修の運営は、群馬県が群馬県社会福祉事業団へ業務委託しています。

令和8度認知症介護実践リーダー研修受講申込書

社会福祉法人群馬県社会福祉事業団

研修指導センター 所長 様

法人名 _____

施設（事業所）名 _____

施設（事業所）長名 _____

認知症介護実践リーダー研修の受講について次のとおり申込みます。

項目	内 容					
受講希望回	第1回		第2回 (一部オンライン)			
	※必ず申込期間を確認の上、受講を希望する回に○をつけてください。					
受講者	(ふりがな)		性別(任意)	生年	昭和・平成	
	氏名			月日	年 月 日	
	実践者研修 修了日	平成 令和 年 月 日	修了証書 番 号	群馬県 第 号	・ 県外 号	
	注) 実践者研修の修了者は修了証書の写しを添付してください。 氏名の変更があった場合は、住民票等(旧姓・新姓、両方の記載があるもの)、変更前後の氏名がわかる公的な書類等を添付					
	介護現場職歴 (新しい順)	期 間	施設・事業所名		職務内容	
		年 月～ 現在				
		年 月～ 年 月				
		年 月～ 年 月				
		年 月～ 年 月				
		年 月～ 年 月				
介護の実務経験年数			年 月			
現在の職種	<input type="checkbox"/> 介護職 <input type="checkbox"/> 看護職 <input type="checkbox"/> 介護支援専門員 <input type="checkbox"/> 計画作成担当者 <input type="checkbox"/> 管理者 <input type="checkbox"/> 相談職 <input type="checkbox"/> その他 ()					
保有資格	<input type="checkbox"/> 介護福祉士 <input type="checkbox"/> 介護支援専門員 <input type="checkbox"/> 社会福祉主事 <input type="checkbox"/> 看護師 <input type="checkbox"/> 介護職員初任者研修 <input type="checkbox"/> その他 ()					
勤務先以外の緊急時連絡先		携帯 ・ 自宅 電話 :				

※申込書が2枚になっています。1枚目と2枚目を両面印刷し提出してください。

※申込期間以外の申込や必要事項に不備がある場合には受理できません。

(表面)

令和 8 年度認知症介護実践リーダー研修
介護福祉士 実務経験証明書

令和 年 月 日

社会福祉法人群馬県社会福祉事業団
研修指導センター 所長 様

法人名

施設・事業所所在地 〒

施設・事業所電話番号

施設・事業所代表者職・氏名

印

証明担当者職・氏名

下記の者が、認知症介護実践リーダー研修の受講要件「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者」に該当する実務日数を有することを確認しました。ついては、下記申込者の実務経験が下記のとおりであることを証明します。

氏名	
生年月日	年 月 日
介護福祉士資格 取得日	年 月 日取得 ※取得日から10年以上経過：受講対象 ※介護福祉士資格者証の写しを添付
従事期間 (A+B+C+D)	年 月 日から 年 月 日まで (年 月)
従事日数 (a+b+c+d)	合計 日
施設・事業所名	
従事期間 A	年 月 日から 年 月 日まで (年 月)
従事日数 a	日
施設・事業所名	
従事期間 B	年 月 日から 年 月 日まで (年 月)
従事日数 b	日
施設・事業所名	
従事期間 C	年 月 日から 年 月 日まで (年 月)
従事日数 c	日
施設・事業所名	
従事期間 D	年 月 日から 年 月 日まで (年 月)
従事日数 d	日

※この証明書は、受講申込希望者の介護福祉士資格取得後の実務経験を証明するものです。

※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)

※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、1800日以上の実務経験を記入してください。

※申し込み時に記入していただいた個人情報、本研修事業でのみ使用いたします。

裏面もご確認ください

裏面

＜備考＞

- 1 現在、在職の同一法人（施設・事業所等）で実務経験が合計10年以上（1,800日）ある場合は、本様式で証明してください。
- 2 同一法人で10年以上（1,800日）の証明ができない場合には、他法人等の実務経験証明書と合わせて10年以上の証明となるようにしてください。
- 3 従事日数欄は、実際に業務に従事した日数を計算し、記入してください。
- 4 従事日数は、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日数です。法人本部に所属していた等の期間は含まれません。
- 5 介護福祉士資格を取得する以前の期間は含まれません。
- 6 介護福祉士資格者証と現在の氏名が異なる場合は、住民票等（旧姓・新姓、両方の記載があるもの）、変更前後の氏名がわかる公的な書類等を添付してください。
- 7 用紙が不足する場合は、原本をコピーしてご使用ください。

※ オンライン申込みの方は、これらの書類を申込みと同時に研修指導センターへ郵送してください。

※ 市町村申込みの方は、申込書に添付し提出してください。

※ 研修指導センターで受講者の選定を行う際に、書類が届いていない場合は選考できませんのでご注意ください。

4. 認知症対応型サービス事業開設者研修

～法人の代表者に必要な知識と技術を学びます～

ねらい

事業所を運営していく上で必要な認知症介護に関する基本的な知識及び認知症対応型サービス事業の運営に必要な知識を修得します。

概要

● 日程

研修日程	市町村への申込期間 (必着)
講義：10月16日・12月2日 現場体験：1日 (10月26日～11月20日の間)	8月6日(木) ～ 8月21日(金)

※講義終了後、指定した期日までにレポート課題提出があります。
(詳細は、研修の中でお伝えします)

● 研修時間

講義・演習：11時間40分(2日間) 現場体験：1日(6時間)

● 会場

群馬県社会福祉事業団特別養護老人ホーム明風園第1研修室
〒371-0004 群馬県前橋市亀泉町1-26 TEL:027-269-7780

● カリキュラム(予定)

	科目名	講義形式	時間
1日目	事業所運営の基本・介護保険制度	講義	60分
	介護従事者に対する労務管理	講義	60分
	家族の理解・高齢者との関係の理解	講義・演習	60分
	認知症高齢者の基本的理解とケアのあり方	講義	150分
	現場体験① 「オリエンテーション・グループディスカッション」	演習	40分
2日目	現場体験②	現場体験	360分
3日目	現場体験③ 「振り返り」	演習	60分
	高齢者の権利擁護・高齢者虐待	講義	60分
	地域密着型サービスの取組み	講義	190分
	課題レポートの書き方		20分

● 対象者

群馬県内の小規模多機能型居宅介護事業所、認知症対応型共同生活介護事業所、看護小規模多機能型居宅介護事業所、介護予防小規模多機能型居宅介護事業所、介護予防認知症対応型共同生活介護事業所を運営する法人の代表者の方(開設する予定を含みます)で、事業所の所在地の市町村長の推薦を得られた方。

※代表者になるには、特別養護老人ホーム、老人デイサービスセンター、介護老人保健施設、小規模多機能型居宅介護事業所、認知症対応型共同生活介護事業所、看護小規模多機能型居宅介護事業所等の従業者、訪問介護員等として認知症の方の介護に従事した経験がある、又は、保健医療サービス、福祉サービスの経営に携わった経験があることが必要です。

● 定 員 20名

(受講申込者数が定員を超えた場合は、調整させていただきます)

● 申込方法

申込書(様式1)に必要な事項を記入し、事業所の所在地の市町村に提出してください。

● 受講料

20,000円

● その他

※本研修は、小規模多機能型居宅介護事業所、認知症対応型共同生活介護事業所、看護小規模多機能型居宅介護事業所、介護予防小規模多機能型居宅介護事業所、介護予防認知症対応型共同生活介護事業所を運営する法人の代表者に受講が義務づけられています。

※研修終了後にレポートの提出があります。群馬県社会福祉事業団研修指導センターへ提出するだけでなく、事業所所在地の市町村にも提出することになっております。新規で事業所の代表者になるときは、市町村へ指定申請時に提出するようにしてください。

※本研修の運営は、群馬県が群馬県社会福祉事業団へ業務委託しています。

令和8年度認知症対応型サービス事業開設者研修受講申込書

社会福祉法人群馬県社会福祉事業団
 研修指導センター 所長 様

法人名 _____

代表者名 _____

認知症対応型サービス事業開設者研修の受講について次のとおり申し込みます。

項目	内 容					
受講者	(ふりがな)		性別(任意)	生年	昭和・平成	
	氏 名			月日	年 月 日	
	認知症介護の経歴	期 間	所 属 名		職 種	
		年 月～ 年 月				
		年 月～ 年 月				
		年 月～ 年 月				
	主な職歴 (新しい順)	期 間	会社名・事業内容等			
		年 月～ 現在				
		年 月～ 年 月				
		年 月～ 年 月				
↑ 保健医療福祉サービスの経営に携わった経験を記入してください。						
現在の職種		保有資格				
勤務先以外の緊急時連絡先	携帯 ・ 自宅 電話：					

※申込書が2枚になっています。1枚目と2枚目を両面印刷し提出してください。

※申込期間以外の申込や必要事項に不備がある場合には受理できません。

(表面)

事業所 ※1	事業所名 (サービス種類 1つに○を)	(小規模多機能居宅介護 ・ GH ・ 看護小規模多機能型居宅介護)		
	所在地	〒		
	連絡先	電話： FAX：	申込み 担当者	
受講 希望理由	<input type="checkbox"/> 新規に開設する事業所の開設者に就任するため。 (開設予定：令和 年 月) <input type="checkbox"/> 事業所の開設者が変更となるため。 (変更予定：令和 年 月) <input type="checkbox"/> すでに事業所の代表者として従事しているが、本研修未受講のため。 <input type="checkbox"/> その他 ()			
書類等 送付先 ※2	〒			
備考				

※1 新規事業所の場合は予定を記入。

※2 建設中等で上記の事業所に関係書類の送付が困難な場合には、決定通知、修了証書等の送付先を記入してください。

※ 申し込み時に記入していただいた個人情報は、各研修以外では使用しません。

(裏面)

5. 認知症対応型サービス事業管理者研修

～事業所の管理者に必要な知識と技術を学びます～

ねらい

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、看護小規模多機能型居宅介護を管理・運営していく上で、必要な知識・技術を修得します。

概要

● 日 程

	研修日程	市町村への申込期間 (必着)
第1回 (※1)	講義：10月20・23日	8月24日(月) ～ 9月1日(火)
第2回 オンライン (※2)	講義：令和9年2月16・17日	12月7日(月) ～ 12月15日(火)

(※1) 第1回管理者研修は、第3回実践者研修修了見込み者までが受講対象となります。

(※2) 第2回管理者研修は、第5回実践者研修修了見込み者までが受講対象となります。オンライン時はスマートフォンでの受講はできません。

● 研修時間

講義・演習：11時間10分(2日間)

● 会 場

群馬県社会福祉事業団特別養護老人ホーム明風園第1研修室

〒371-0004 群馬県前橋市亀泉町1-26 TEL:027-269-7780

● カリキュラム(予定)

	科目名	講義形式	時間
1日目	地域密着型サービスの基準	講義	60分
	介護従事者に対する労務管理	講義	90分
	人材育成	講義・演習	90分
	メンタルヘルス	講義・演習	100分
2日目	適切なサービス提供のあり方 「権利擁護/リスクマネジメント」	講義	90分
	適切なサービス提供のあり方「地域との連携」	講義・演習	90分
	適切なサービス提供のあり方 「サービスの質の向上」	講義・演習	60分
	地域密着型サービスの取組み	講義	90分

- 対象者
 - ・群馬県内の認知症対応型通所介護事業所、小規模多機能型居宅介護事業所、認知症対応型共同生活介護事業所、看護小規模多機能型居宅介護事業所、介護予防認知症対応型通所介護事業所、介護予防小規模多機能型居宅介護事業所、介護予防認知症対応型共同生活介護事業所の管理者又は、管理者となることが予定されている方。
 - ・本研修の申込み時に認知症介護実践者研修を修了している方。
 - ・事業所の所在地の市町村長の推薦を得られた方。

※上記の指定地域密着型サービス事業の人員基準では、管理者は、3年以上の認知症介護に従事した経験が必要となります（ただし、認知症対応型通所介護事業所を除く）。

- 定 員

各回40名
（受講申込者数が定員を超えた場合は、調整させていただきます）

- 申込方法

申込書（様式1）に必要事項を記入し、事業所の所在地の市町村に提出してください。

- 受講料 5,000円

- その他

※本研修は、認知症対応型通所介護事業所、小規模多機能型居宅介護事業所、認知症対応型共同生活介護事業所、看護小規模多機能型居宅介護事業所、介護予防認知症対応型通所介護事業所、介護予防小規模多機能型居宅介護事業所、介護予防認知症対応型共同生活介護事業所の管理者として勤務するための要件となっています。

※本研修の運営は、群馬県が群馬県社会福祉事業団へ業務委託しています。

令和 8 年度認知症対応型サービス事業管理者研修受講申込書

社会福祉法人群馬県社会福祉事業団

研修指導センター 所長 様

法人名 _____

代表者名 _____

認知症対応型サービス事業管理者研修の受講について次のとおり申し込みます。

項目	内 容				
受講希望回	第 1 回		第 2 回 (オンライン)		
	※必ず申込期間を確認の上、受講を希望する回に○をつけてください。				
受講者	(ふりがな)		性別(任意)	生年	昭和・平成
	氏 名			月日	年 月 日
	実践者研修 修了状況	<input type="checkbox"/> 認知症介護実践者研修を修了している。 ・ 修了年月日：平成・令和 年 月 日 ・ 修了証書番号：群馬県 ・ 県外 第 号 注) 実践者研修の修了証書の写しを添付してください。 氏名の変更があった場合は、住民票等(旧姓・新姓、両方の記載があるもの)、変更前後の氏名がわかる公的な書類等を添付。			
		<input type="checkbox"/> 認知症介護実践者研修の修了見込みである。 ・ 修了予定年月日：令和 年 月 日 (群馬県で受講 ・ 県外)			
		介護の実務経験年数	年 月		
		認知症介護の実務経験年数	年 月		
	現在の職種	<input type="checkbox"/> 介護職 <input type="checkbox"/> 看護職 <input type="checkbox"/> 介護支援専門員 <input type="checkbox"/> 計画作成担当者 <input type="checkbox"/> 管理者 <input type="checkbox"/> 相談職 <input type="checkbox"/> その他 ()			
保有資格	<input type="checkbox"/> 介護福祉士 <input type="checkbox"/> 介護支援専門員 <input type="checkbox"/> 社会福祉主事 <input type="checkbox"/> 看護師 <input type="checkbox"/> 介護職員初任者研修 <input type="checkbox"/> その他 ()				
勤務先以外の緊急時連絡先	携帯 ・ 自宅 電話：				

※申込書が 2 枚になっています。1 枚目と 2 枚目を両面印刷し提出してください。

※受講を希望する回の申込期間を確認の上、申し込んでください。受講希望回と申込期間が一致しないものは受理できません。

※申込期間以外の申込や必要事項に不備がある場合には受理できません。 (表面)

事業所 ※1	事業所名			
	(サービス種類1つに○)	認知症デイ ・ 小規模多機能型居宅介護 ・ GH ・ 看護小規模多機能型居宅介護		
	所在地	〒		
	連絡先	電話： FAX：	申込み 担当者	
受講 希望理由	<input type="checkbox"/> 新規に開設する事業所の管理者に就任するため。 (開設予定：令和 年 月) <input type="checkbox"/> 事業所の管理者が変更となるため。 (変更予定：令和 年 月) <input type="checkbox"/> すでに事業所の管理者として従事しているが、本研修未受講のため。 <input type="checkbox"/> その他 ()			
書類等 送付先 ※2	〒			
備考 ※3				

※1 新設事業所の場合は予定を記入してください。

※2 建設中等で上記の事業所に関係書類の送付が困難な場合には、決定通知等の送付先を記入してください。

※3 管理者研修の申込等について問い合わせをする場合があります。※1に記入された事業所と現在の勤務先が違う場合は、備考欄に事業所名及び連絡先を記入してください。

※ 申し込み時に記入していただいた個人情報は、各研修以外では使用しません。

(裏面)

6. 小規模多機能型サービス等計画作成担当者研修

～小規模多機能型居宅介護計画等の作成方法を学びます～

ねらい

小規模多機能型居宅介護事業所又は看護小規模多機能型居宅介護事業所の介護支援専門員が、小規模多機能型居宅介護計画又は看護小規模多機能型居宅介護計画を作成する上で必要な知識・技術を修得します。

概要

● 日程

研修日程	市町村への申込期間 (必着)
講義：10月13日・11月6日 事業所実習(4時間)： 10月19・26・28・30日 の指定する1日	8月6日(木) ～ 8月21日(金)

※ 小規模多機能型サービス等計画作成担当者研修は、第3回実践者研修修了見込み者までが受講対象となります。

● 研修時間

講義・演習：12時間(2日間) 事業所実習：4時間

● 会場

群馬県社会福祉事業団特別養護老人ホーム明風園第1研修室
〒371-0004 群馬県前橋市亀泉町1-26 TEL:027-269-7780

● カリキュラム(予定)

	科目名	講義形式	時間
1日目	総論・小規模多機能ケアの視点	講義	60分
	小規模多機能型居宅介護のケアマネジメント ライフサポートワークを学ぶ	講義・演習	270分
	実習前オリエンテーション	説明	30分
2日目	事業所実習 (小規模多機能型居宅介護サービスの実際を学ぶ)	実習	240分
3日目	事業所実習を振り返り、今後の計画作成に活かす	ディス カッション	30分
	居宅介護支援計画作成の実際	講義・演習	330分

- 対象者
 - ・介護支援専門員として実働できる資格を取得している方。
 - ・群馬県内の小規模多機能居宅介護支援事業所、看護小規模多機能型居宅介護事業所又は介護予防小規模多機能型居宅介護事業所の計画作成担当業務に従事している、または従事する予定がある方。
 - ・本研修の申込時に認知症介護実践者研修を受講修了(群馬県開催の第3回実践者研修修了見込を含む)している方。
 - ・事業所の所在地の市町村長の推薦を得られた方。
- ※ ただし、サテライト型指定の事業所にて計画作成担当業務に従事している、または従事する予定がある方は、申込時に認知症介護実践者研修を修了していれば、介護支援専門員の資格がなくても受講可能とします。

- 定 員 30名
(受講申込者数が定員を超えた場合は、調整させていただきます)

- 申込方法
申込書(様式1)に必要事項を記入し、添付書類(実践者研修修了証書と介護支援専門員証の写し)と一緒に事業所の所在地の市町村に提出してください。

- 受講料 12,000円

- その他
※本研修は小規模多機能型居宅介護事業所、看護小規模多機能型居宅介護事業所又は介護予防小規模多機能型居宅介護事業所の介護支援専門員として勤務するための要件となっています。
※本研修の運営は、群馬県が群馬県社会福祉事業団へ業務委託しています。

令和8年度小規模多機能型サービス等計画作成担当者研修受講申込書

社会福祉法人群馬県社会福祉事業団
 研修指導センター 所長 様

法人名 _____

代表者名 _____

小規模多機能型サービス等計画作成担当者研修の受講について次のとおり申し込みます。

項目	内 容				
受講者	(ふりがな)		性別(任意)	生年	昭和・平成
	氏 名			月日	年 月 日
	職場経歴 (勤務先)				
	実践者研修 修了状況	<input type="checkbox"/> 認知症介護実践者研修を修了している。 ・ 修了年月日：平成・令和 年 月 日 ・ 修了証書番号：群馬県 ・ 県外 第 号 注) 実践者研修の修了証書の写しを添付してください。 氏名の変更があった場合は、住民票等(旧姓・新姓、両方の記載があるもの)、変更前後の氏名がわかる公的な書類等を添付。 <input type="checkbox"/> 認知症介護実践者研修の修了見込みである。 ・ 修了予定年月日：令和 年 月 日 (群馬県で受講 ・ 県外)			
	介護の実務経験年数	年 月			
	介護支援専門員番号	No. 注) 介護支援専門員証(有効期間があるもの)の写しを添付してください。			
	現在の職種				
	自宅住所	〒			
	連絡先	自宅： 携帯：			

※申込書が2枚になっています。1枚目と2枚目を両面印刷し提出してください。

※申込期間以外の申込や必要事項に不備がある場合には受理できません。 (表面)

事業所 ※1	事業所名	(小規模多機能型居宅介護 ・ 看護小規模多機能型居宅介護)		
	所在地	〒		
	連絡先	電話： FAX：	申込み 担当者	
受講 希望理由	<input type="checkbox"/> 新規に開設する事業所の介護支援専門員に就任するため。 (開設予定：令和 年 月) <input type="checkbox"/> 事業所の介護支援専門員が変更となるため。 (変更予定：令和 年 月) <input type="checkbox"/> すでに事業所の介護支援専門員として従事しているが、本研修未受講のため。 <input type="checkbox"/> その他 ()			
書類等 送付先 ※2	〒			
備考				

※1 新規事業所の場合は予定を記入してください。

※2 建設中等で上記の事業所に関係書類の送付が困難な場合には、決定通知書等の送付先を記入してください。

※ 申し込み時に記入していただいた個人情報は、各研修以外では使用いたしません。

(裏面)

〈お問い合わせ先〉

(受託機関)

社会福祉法人群馬県社会福祉事業団

研修指導センター

電 話：027-269-7780