　　　　　　　　　　　　　　　　様式２

事業所職員の認知症介護実践研修受講状況

１　事業所について

　（１）事業所名称

（２）開設（又は開設予定）年月日　　　　　　　　　　　　　　　年　　　月　　　日

２　事業所全体の職員について※１　　　　　　　　　　　　　（令和７年１０月８日時点で記入）

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| No | 職員氏名 | 職場での  立場※２ | 主な資格 | 介護支援専門員資格の有無 | 認知症介護研修修了状況※３ | |
| 実践者研修  （基礎課程） | リーダー研修（専門課程） |
| 1 |  |  |  |  |  |  |
| 2 |  |  |  |  |  |  |
| 3 |  |  |  |  |  |  |
| 4 |  |  |  |  |  |  |
| 5 |  |  |  |  |  |  |
| 6 |  |  |  |  |  |  |
| 7 |  |  |  |  |  |  |
| 8 |  |  |  |  |  |  |
| 9 |  |  |  |  |  |  |
| 10 |  |  |  |  |  |  |
| 11 |  |  |  |  |  |  |
| 12 |  |  |  |  |  |  |
| 13 |  |  |  |  |  |  |
| 14 |  |  |  |  |  |  |
| 15 |  |  |  |  |  |  |

※１　必ず職員全員について記入してください。

※２　「職場での立場」には、事業開設者（法人代表者）、管理者、計画作成担当者、介護従事者等を記入してください。

※３　「認知症介護研修修了状況」は該当欄に○を記入してください。

※４　欄が不足する場合はコピーして使用してください。