

令和7年度東京都認知症対応力向上研修Ⅲ
申込マニュアル

① 申込 URL または QR コードより、研修申込フォームへアクセスします。

申込 URL: <https://logoform.jp/form/tmgform/1286188>

申込 QR コード



スマートフォンからでも申込可能です。

② 研修申込フォームにアクセスすると、申請者のメールアドレスの入力を求められます。
メールアドレスを入力の上、送信ボタンをクリックします。

令和7年度東京都看護師認知症対応力向上研修III 研修申込

□ 入力フォーム - メール認証

① 入力

メールアドレス登録及び認証をお願いします。

メールアドレスが正しく登録できることを確認します。お客様が受信可能なメールアドレスを入力し、送信ボタンを押してください。

メールアドレス 必須

→ 送信

令和7年度東京都看護師認知症対応力向上研修III 研修申込

□ 入力フォーム - メール認証

① 入力

② メール送信完了

認証メール送信完了

ご入力いただいたメールアドレス宛にメールをお送りしました。
メール内に記載されたURLをクリックして、回答を始めてください。

③ 以下のようなメールが、②で入力したメールアドレス宛に送られますので、URLをクリックします。

フォームURLのご案内 - 令和7年度東京都看護師認知症対応力向上研修III 研修申込

NR no-reply@logoform.jp
宛先 [REDACTED]

※本メールは、フォームにご入力された方にお送りする自動配信メールです。本メールへの返信はできません。

※本メールに心当たりが無い場合は、お手数ですがメールを破棄していただきますようお願いいたします。

※お手続きはまだ完了しておりません。本文をお読みの上、お手続きを続行してください。

お客様のメールアドレス認証が完了しました。

引き続き、以下のURLにアクセスしてフォームへの回答をお願いします。

<https://logoform.jp/f/f8ESm?auth=8qETYekR2lOG87bZorMuX-le6LX3kZIKNHmz9aROxUBA2v0x3DC2lHG4zzyw7XCptbqLKrSlcd3M1lLfD07SBc5wEisKjqk5qH6rT4ao9YxZhtn3xkqFdmAQRTzM9PxR4emAbvQqEezA1-ctiH26Q>

※お手続きURLの有効期限は24時間です。

有効期限が切れた場合はお手数ですが、再度メール認証からやり直していただきますようお願いいたします。

④ 以下のような入力画面が開きますので、必要事項を入力します。

令和7年度東京都看護師認知症対応力向上研修III 研修申込

□ 入力フォーム

① 入力 ② 確認 ③ 完了

下記のフォームにご入力をお願いします。

令和7年度東京都看護師認知症対応力向上研修III 研修申込

研修日時

講義 令和8年1月初旬予定
(詳細は受講決定時にお知らせいたします。)

演習 令和8年2月7日 (土)
午後1時から午後5時10分まで

開催方法

講義 オンライン型
(オンデマンド配信 (令和8年1月中に一定期間講義を収録した動画を配信し、その間にご覧いただきます))

演習 会場集合型
(会場住所: 東京都新宿区西新宿2丁目4-1 新宿NSビル30階
NSスカイカンファレンス ルーム1+2)

※講義と演習の両方とも受講された方のみ修了者といたします。

定員

120名程度

研修対象者

以下 (1) (2) の条件を全て満たすもの

(1) 東京都内の病院及び有床診療所で勤務する管理監督的立場の看護職員 (師長級以上の職員、又は病院等の認知症ケアの改善に向けた取組の企画等を担当している職員)

(2) 「東京都看護師認知症対応力向上研修II」の修了者

○受講前に下記の受講環境が整っているかをご確認ください。

- ・インターネット環境
 - ・マイクとカメラが内蔵されたパソコン
- (パソコン、タブレット、スマートフォンいずれでも受講可能です。スマートフォンによる受講の場合は、パケット通信料が発生するため、Wi-Fi環境での受講を推奨します。)

○申込期間中のキャンセルについては、申込後に送信される受付完了メール記載のURLから手続きを行うことが可能です。

○申込期間終了後のキャンセルについては、下記担当までメールでご連絡ください。

○申込者数が定員を上回る場合は、受講できない場合がございます。受講の可否については12月中にご連絡いたします。

【問合せ先】

東京都 福祉局 高齢者施策推進部

在宅支援課 認知症支援担当

S1140603@section.metro.tokyo.jp

(確認漏れを防ぐため、メールの件名に「令和7年度東京都看護師認知症対応力向上研修IIIについて」と記載をお送りください。メールの件名に「令和7年度東京都看護師認知症対応力向上研修IIIについて」の記載がない場合、お問合せを受付できないことがございます。)

募集要項 ほか

[01_【別紙1】R7看護師II募集要項](#)

[02_【別紙2】R7看護師II講義カリキュラム](#)

[03_【別紙3】R7看護師II演習カリキュラム](#)

[04_【別紙4】R7東京都看護師認知症対応力向上研修の体系について](#)

[05_【別紙5】R7東京都看護師認知症対応力向上研修IIIQ & A](#)

[06_【別紙6】R6申込マニュアル](#)

申し込み内容の入力

操作方法のご説明

下記の入力フォームに必要事項を入力した後、「確認画面へ進む」ボタンを押してください。

途中まで入力した内容を一時保存したい場合、「入力内容を一時保存する」ボタンを押してください。

注意事項

必須マークがある項目は、必ず入力してください。

Q1. この研修は、東京都内の病院及び有床診療所で勤務する管理監督的立場の看護職員のみ受講可能です。東京都内の病院もしくは有床診療所で勤務していますか（介護老人保健施設・特別養護老人ホーム等に勤務されていると受講できません。）。 必須

はい

Q2. この研修は、「東京都看護師認知症対応力向上研修II」の修了者のみ受講可能です。「東京都看護師認知症対応力向上研修II」を修了していますか。 必須

はい

Q3. 下記の受講環境が整っていますか。

- ・インターネット環境
 - ・マイクとカメラが内蔵されたパソコン
- (パソコン、タブレット、スマートフォンいずれでも受講可能です。スマートフォンによる受講の場合は、パケット通信料が発生するため、Wi-Fi環境での受講を推奨します。) 必須

はい

Q4. 受講希望者の氏名を入力してください。

氏名

氏 必須

名 必須

0 / 64

0 / 64

氏フリガナ 必須

名フリガナ 必須

0 / 64

0 / 64

Q5. 受講希望者の電話番号を入力してください。

電話番号

電話番号 必須

0 / 15

Q6. 【Q5でご入力いただいたものに連絡可能な電話番号がある場合】受講希望者の電話番号を入力してください。

電話番号

電話番号

0 / 15

Q7. 受講希望者のメールアドレスを入力してください。 必須

メールアドレス

メールアドレス 必須

メールアドレス (確認) 必須

0 / 128

Q8. 【Q7でご入力いただいたものに連絡可能なメールアドレスがある場合】受講希望者のメールアドレスを入力してください。

メールアドレス

メールアドレス

メールアドレス (確認)

0 / 128

Q9. 受講希望者の職級を入力してください。 必須

① 必須

看護部長 看護副部長 看護長 看護副長 看護主任 看護副主任 看護師 その他

② 必須

部長・副部長級 師長・副師長・課長級 係長・主任・副主任級 一般

Q10. 受講希望者の勤務場所を入力してください。 必須

病棟（一般病床） 病棟（精神病床） 病棟（療養病床） 病棟（その他病床） その他

Q11. 認知症ケアに係る業務年数を入力してください。 必須

例) 20

Q12. 【令和6年度以前の東京都看護師認知症対応力向上研修IIを受講済の場合】受講希望者の東京都看護師認知症対応力向上研修IIの修了証書番号を入力してください。 修了証番号は、研修修了証書の右上に記載されています。不明な場合は空欄で結構です。

例) 1234

Q13. 【令和7年度の東京都看護師認知症対応力向上研修IIを受講する場合】受講される病院をご選択ください。

Q14. ご所属の医療機関の名称を入力してください。 必須

地方独立行政法人東京都立病院機構 東京都立〇〇病院

Q15. ご所属の医療機関の住所を入力してください。

住所

郵便番号 **必須**

都道府県 **必須**

市区町村 **必須**

0 / 8

番地 **必須**

マンション・部屋番号

0 / 64

Q16. ご所属の医療機関の研修担当者の氏名を入力してください。

担当者

氏 **必須**

名 **必須**

0 / 64

氏フリガナ **必須**

名フリガナ **必須**

0 / 64

Q17. ご所属の医療機関の研修担当者の所属を入力してください。

担当者

部署名 **必須**

Q18. ご所属の医療機関の研修担当者の役職を入力してください。 **必須**

例)研修担当

Q19. ご所属の医療機関の研修担当者の電話番号を入力してください(申込内容に不備等があった場合、研修ご担当者様へ連絡する場合がございます)。 **必須**

会社電話番号

電話番号 **必須**

0 / 15

Q20. 今回のお申込みの受付完了メールをこちらのメールアドレス宛に送信します。

受付完了メールが届かない場合は、S1140603@section.metro.tokyo.jpまでお問合せください。(確認漏れを防ぐため、メールの件名に「令和7年度東京都看護師認知症対応力向上研修IIIについて」と記載しお送りください。メールの件名に「令和7年度東京都看護師認知症対応力向上研修IIIについて」の記載がない場合、お問合せを受付できないことがございます。) **必須**

メールアドレス **必須**

メールアドレス(確認) **必須**

34 / 128

34 / 121

Q21. お申し込み後の画面表示または受付完了メールに記載の「受付番号」は受講決定まで必要になります。必ず控えを保存してください。 **必須**

了解しました。

Q22. 申請状況の確認・申込期間中のキャンセルについては、受付完了メールに記載のURLから手続きを行うことが可能です。上記の手続きを行う可能性がある場合は、受付完了メールを削除しないでください。 **必須**

了解しました。

Q23. 申込期間終了後のキャンセルについては、S1140603@section.metro.tokyo.jpまでお問合せください。(確認漏れを防ぐため、メールの件名に「【キャンセル】令和7年度東京都看護師認知症対応力向上研修IIIについて」と記載しお送りください。メールの件名に「【キャンセル】令和7年度東京都看護師認知症対応力向上研修IIIについて」の記載がない場合、お問合せを受付できないことがございます。) **必須**

了解しました。

Q24. 申込者数が定員を上回る場合は、受講できない場合がございます。受講の可否については12月中にご連絡いたします。 **必須**

了解しました。

→ 確認画面へ進む

□ 入力内容を一時保存する

⑤ 入力が完了しますと、確認画面が開きます。お間違いなければ、画面下部の「送信」ボタンをクリックしてください。

7年度東京都看護師認知症対応力向上研修III 研修申込

1 入力フォーム

1 入力

2 確認

入力内容確認

令和7年度東京都看護師認知症対応力向上研修III 研修申込

研修日時

講義 令和8年1月初旬予定

(詳細は受講決定時にお知らせいたします。)

演習 令和8年2月7日 (土)

午後1時から午後5時10分まで

開催方法

講義 オンライン型

(オンデマンド配信 (令和8年1月中に一定期間講義を収録した動画を配信し、その間にご覧いただきます))

演習 会場集合型

(会場住所: 東京都新宿区西新宿2丁目4-1 新宿NSビル30階

NSスカイカンファレンス ルーム1+2)

※講義と演習の両方とも受講された方のみ修了者といたします。

定員

120名程度

研修対象者

以下(1)(2)の条件を全て満たすもの

(1) 東京都内の病院及び有床診療所で勤務する管理監督的立場の看護職員 (師長級以上の職員、又は病院等の認知症ケアの改善に向けた取組の企画等を担当している職員)

(2) 「東京都看護師認知症対応力向上研修II」の修了者

○受講前に下記の受講環境が整っているかをご確認ください。

・インターネット環境

・マイクとカメラが内蔵されたパソコン

(パソコン、タブレット、スマートフォンいずれでも受講可能です。スマートフォンによる受講の場合は、パケット通信料が発生するため、Wi-Fi環境での受講を推奨します。)

○申込期間中のキャンセルについては、申込後に送信される受付完了メール記載のURLから手続きを行うことが可能です。

○申込期間終了後のキャンセルについては、下記担当までメールでご連絡ください。

○申込者数が定員を上回る場合は、受講できない場合がございます。受講の可否については12月中にご連絡いたします。

【問合せ先】

東京都 福祉局 高齢者施策推進部

在宅支援課 認知症支援担当

s1140603@section.metro.tokyo.jp

(確認漏れを防ぐため、メールの件名に「令和7年度東京都看護師認知症対応力向上研修IIIについて」と記載しお送りください。メールの件名に「令和7年度東京都看護師認知症対応力向上研修IIIについて」の記載がない場合、お問合せを受付できないことがあります。)

Q1. この研修は、東京都内の病院及び有床診療所で勤務する管理監督的立場の看護職員のみ受講可能です。東京都内の病院もしくは有床診療所で勤務していますか（介護老人保健施設・特別養護老人ホーム等に勤務されていると受講できません。）。

はい

Q2. この研修は、「東京都看護師認知症対応力向上研修II」の修了者のみ受講可能です。「東京都看護師認知症対応力向上研修II」を修了していますか。

はい

Q3. 下記の受講環境が整っていますか。

- ・インターネット環境
 - ・マイクとカメラが内蔵されたパソコン
- （パソコン、タブレット、スマートフォンいずれでも受講可能です。スマートフォンによる受講の場合は、パケット通信料が発生するため、Wi-Fi環境での受講を推奨します。）

はい

Q4. 受講希望者の氏名を入力してください。

氏名 山田 太郎

氏名フリガナ ヤマダ タロウ

Q5. 受講希望者の電話番号を入力してください。

電話番号 03000000000

Q6. 【Q5でご入力いただいたものに連絡可能な電話番号がある場合】受講希望者の電話番号を入力してください。

電話番号

Q7. 受講希望者のメールアドレスを入力してください。

メールアドレス

Q8. 【Q7でご入力いただいたものに連絡可能なメールアドレスがある場合】受講希望者のメールアドレスを入力してください。

メールアドレス

Q9. 受講希望者の職級を入力してください。

① 看護部長

② 部長・副部長級

Q10. 受講希望者の勤務場所を入力してください。

病棟（一般病床）

Q11. 認知症ケアに係る業務年数を入力してください。

2

Q12. 【令和6年度以前の東京都看護師認知症対応力向上研修IIを受講済の場合】受講希望者の東京都看護師認知症対応力向上研修IIの修了証書番号を入力してください。

修了証番号は、研修修了証書の右上 345,678
に記載されています。不明な場合は
空欄で結構です。

Q13. 【令和7年度の東京都看護師認知症対応力向上研修IIを受講する場合】受講される病院をご選択ください。

Q14. ご所属の医療機関の名称を入力してください。

東京都立病院

Q15. ご所属の医療機関の住所を入力してください。

住所 〒1638001 東京都 新宿区 西新宿2丁目8-1

Q16. ご所属の医療機関の研修担当者の氏名を入力してください。

担当者氏名 山田 花子

担当者氏名フリガナ ヤマダ ハナコ

Q17. ご所属の医療機関の研修担当者の所属を入力してください。

担当者部署名 総務部総務課

Q18. ご所属の医療機関の研修担当者の役職を入力してください。

研修担当

Q19. ご所属の医療機関の研修担当者の電話番号を入力してください(申込内容に不備等があった場合、研修ご担当者様へ連絡する場合がございます)。

会社電話番号 03000000000

Q20. 今回のお申込みの受付完了メールをこちらのメールアドレス宛に送信します。

受付完了メールが届かない場合は、S1140603@section.metro.tokyo.jpまでお問合せください。(確認漏れを防ぐため、メールの件名に「令和7年度東京都看護師認知症対応力向上研修IIIについて」と記載しありください。メールの件名に「令和7年度東京都看護師認知症対応力向上研修IIIについて」の記載がない場合、お問合せを受付できないことがあります。)

メールアドレス

Q21. お申し込み後の画面表示または受付完了メールに記載の「受付番号」は受講決定まで必要になります。必ず控えを保存してください。

了解しました。

Q22. 申請状況の確認・申込期間中のキャンセルについては、受付完了メールに記載のURLから手続きを行うことが可能です。上記の手続きを行う可能性がある場合は、受付完了メールを削除しないでください。

了解しました。

Q23. 申込期間終了後のキャンセルについては、S1140603@section.metro.tokyo.jpまでお問合せください。(確認漏れを防ぐため、メールの件名に「【キャンセル】令和7年度東京都看護師認知症対応力向上研修IIIについて」と記載しありください。メールの件名に「【キャンセル】令和7年度東京都看護師認知症対応力向上研修IIIについて」の記載がない場合、お問合せを受付できないことがあります。)

了解しました。

Q24. 申込者数が定員を上回る場合は、受講できない場合がございます。受講の可否については12月中にご連絡いたします。

了解しました。

⑥ 入力を途中で中断したい場合は、ページ下部の「入力内容を一時保存する」をクリックします。その上で、
当初の申請 URL から再アクセスしますと、前回まで入力した部分の途中から入力していくことが可能です。

Q24. 申込者数が定員を上回る場合は、受講できない場合がございます。受講の可否については12月中にご連絡いたします。 必須

① 了解しました。

→ 確認画面へ進む ■ 入力内容を一時保存する

フォームURLのご案内 - 令和7年度東京都看護師認知症対応力向上研修III 研修申込

 no-reply@logoform.jp
宛先

※本メールは、フォームにご入力された方にお送りする自動配信メールです。本メールへの返信はできません。

※本メールに心当たりが無い場合は、お手数ですがメールを破棄していただきますようお願いいたします。

※お手続きはまだ完了しておりません。本文をお読みの上、お手続きを続行してください。

当初の申請 URL から
再アクセスします。

お客様のメールアドレス認証が完了しました。

引き続き、以下の URL にアクセスしてフォームへの回答をお願いします。

<https://logoform.jp/f/f8ESm?auth=8qETYekR2lOG87bZorMuX-le6LX3kZlKNHmz9aROxUBA2v0x3DC2lHG4zzyw7XCptbqLKrSJcd3M1iLfD07SBlc5wEisKjqk5qH6rT4ao9YxZhtn3xkqFdmAQRTzM9PxR4emAbvQqEezA1-ctfHzo>

※お手続き URL の有効期限は 24 時間です。

有効期限が切れた場合はお手数ですが、再度メール認証からやり直していただきますようお願いいたします。

【重要】※お手続き URL の有効期限は 24 時間です。

有効期限が切れた場合はお手数ですが、再度メール認証からやり直していただきますようお願いいたします。

こちらの画面が開きます。

① 入力

② 確認

下記のフォームにご入力をお願いします。

令和7年度東京都看護師認知症対応力向上研修III 研修申込

研修日時

講義 令和8年1月初旬予定
(詳細は受講決定時にお知らせいたします。)

演習 令和8年2月7日(土)
午後1時から午後5時10分まで

開催方法

講義 オンライン型
(オンデマンド配信(令和8年1月中に一定期間講義を収録))

演習 会場集合型
(会場住所: 東京都新宿区西新宿2丁目4-1 新宿NSビル30階
NSスカイカンファレンス ルーム1+2)

※講義と演習の両方とも受講された方のみ修了者といたします。

定員
120名程度

研修対象者

以下(1)(2)の条件を全て満たすもの
(1) 東京都内の病院及び有床診療所で勤務する管理監督的立場の看護職員(師長級以上の職員、又は病院等の認知症ケアの改善に向けた取組の企画等を担当している職員)
(2)「東京都看護師認知症対応力向上研修II」の修了者

○受講前に下記の受講環境が整っているかをご確認ください。

- ⑦ 確認画面を、よく確認いただき、お間違いなければ、画面下部の「送信」ボタンをクリックしてください。
入力を修正する場合は「1つ前の画面に戻る」ボタンをクリックしてください。

入力を修正する場合

← 1つ前の画面に戻る

→ 送信

入力内容に誤りがない場合

- ⑧ 送信が完了すると、完了画面が表示され、以下のようなメールが届きます。メールが届かない場合は、Mail: S1140603@section.metro.tokyo.jp宛にお問い合わせください(確認漏れを防ぐため、メールの件名に「令和7年度東京都看護師認知症対応力向上研修IIIについて」と記載しお送りください。メールの件名に「令和7年度東京都看護師認知症対応力向上研修IIIについて」の記載がない場合、お問い合わせを受付できることがございます。)。

 入力フォーム

 入力

 確認

送信完了

お申込みありがとうございました。

<受付番号: QU00000235 >

 入力内容を印刷する

 最初の画面に戻る

送信完了 - 令和7年度東京都看護師認知症対応力向上研修III 研修申込 [受付番号:QU00000235]

 no-reply@logoform.jp
宛先 [REDACTED]

※本メールは、フォームにご入力された方にお送りする自動配信メールです。本メールへの返信はできません。
※本メールに心当たりが無い場合は、お手数ですがメールを破棄していただきますようお願いいたします。

お申込みありがとうございました。

フォーム名:
令和7年度東京都看護師認知症対応力向上研修 III 研修申込

受付番号:
QU00000235

以下のURLで随時申請状況の照会ができます。また何らかの理由で申請の取消をする場合は取消ができます。

https://logoform.jp/status/inquiry/A-licAE2xKMQbGS2zEm6ND74k2gLiAwx4W2fUzjX8PQ?receipt_num=QU00000235&key=6c945f6908844cfbf5ed5f42785f9502e5639d355a9e73fad1a80f1dbdb008f

以下、入力内容です。

▼ 令和7年度東京都看護師認知症対応力向上研修 III 研修申込

- ⑨ 申込期間中については、申請をキャンセルされたい場合は、受付完了メール記載の URL からアクセスし、キャンセルの手続きをしてください。
申込期間終了後のキャンセルについては、S1140603@section.metro.tokyo.jp までお問合せください（確認漏れを防ぐため、メールの件名に「【キャンセル】令和 7 年度東京都看護師認知症対応力向上研修Ⅲについて」と記載しお送りください。メールの件名に「【キャンセル】令和 7 年度東京都看護師認知症対応力向上研修Ⅲについて」の記載がない場合、お問合せを受付できないことがあります。）。

送信完了 - 令和 7 年度東京都看護師認知症対応力向上研修Ⅲ 研修申込 [受付番号:QU00000235]

 no-reply@logoform.jp
宛先

※本メールは、フォームにご入力された方にお送りする自動配信メールです。本メールへの返信はできません。
※本メールに心当たりが無い場合は、お手数ですがメールを破棄していただきますようお願いいたします。

お申込みありがとうございました。

フォーム名:
令和 7 年度東京都看護師認知症対応力向上研修Ⅲ 研修申込

受付番号:
QU00000235

以下の URL で随時申請状況の照会ができます。また何らかの理由で申請の取消をする場合は取消ができます。
https://logoform.jp/status/inquiry/A-licAE2xKMQbGS2zEm6ND74k2gLIawx4W2fUzjX8PQ?receipt_num=QU00000235&key=6c945f6908844cfbf5ed5f42785f9502e5639d355a9e73fadcl80f1dbdb008f

以下、入力内容です。

▼ 令和 7 年度東京都看護師認知症対応力向上研修Ⅲ 研修申込

☑ 申請状況照会フォーム

① 入力

② 照会

お客様の申請状況を確認するためには、お控えいただいている 受付番号 を確認して照会ボタンを押してください。

受付番号 必須
QU00000235

→ 照会

「→照会」をクリックすると、

こちらの画面が開きます。

☑ 申請状況照会フォーム

✓ 入力

申請状況

ご入力いただいた受付番号の申請が見つかりました。

受付番号: QU00000235

現在の申請状況: 受付

申請を取り消したい場合は、以下の「申請を取り消す」ボタンを押してください。

→ 申請を取り消す

☑ 申請状況照会フォーム

✓ 入力

「→申請を取り消す」をクリックすると、こ

ちらの画面が開きます。

✓ 照会

結果

申請を取り消しました。

【重要】誤って、申請を取り消した場合、入力内容を復活することはできません。十分にご検討の上、「申請」をしてください。