

平成 30 年度認知症介護実践研修（実践リーダー研修）受講申込書

申込日 平成 30 年 月 日

法人名		事業所名	
代表者名	担当者 印		
所在地	〒		
	TEL ()	FAX ()	
現勤務先	() 1. 小規模多機能型居宅介護	() 6. 介護療養型医療施設	
該当すると ころに○を して下さい	() 2. 認知症対応型共同生活介護	() 7. 通所介護	
	() 3. 認知症対応型通所介護	() 8. 訪問介護	
	() 4. 介護老人福祉施設	() 9. 通所リハビリテーション	
	() 5. 介護老人保健施設	() 10. その他	
<p>※ 下記のものについて、平成 30 年度の認知症介護実践研修（実践リーダー研修）の受講を申し込みます。 つきましては、課題作成のための自施設における OJT（職場内教育）実習を承諾します。</p>			

【受講申込者に関する記入欄】

氏名	(ふりがな)			印	男 ・ 女
生年月日	S・H	年	月	日生 (歳)	* 氏名・生年月日は、修了証書に記載しますので正確に記入下さい
役職	1. 管理者 2. 計画作成担当者 3. 介護員 () 4. サービス提供責任者 5. 生活相談員 6. 栄養士 7. 機能訓練指導員 8. 介護支援専門員 9. その他 ()				
保有資格	1. 介護福祉士 2. 社会福祉士 3. 訪問介護員・ヘルパー 4. 看護師（准） 5. 介護支援専門員 6. 栄養士 7. その他 ()				
介護に 従事した 施設 ・ 経験年数	(施設名)	(経験年数)	年	ヶ月	
			年	ヶ月	
			年	ヶ月	
			年	ヶ月	
介護に従事した経験の合計年数は、 年 ヶ月 ※ 介護に従事した経験年数は、5 年が必要です					
受講した 研修	平成 年 月 日 修了 () 認知症介護実践研修（実践者研修） () 認知症介護実践研修（実践リーダー研修） () 認知症（痴呆）介護実務者研修（基礎課程） () 認知症（痴呆）介護実務者研修（専門課程） ※修了証書のコピーを必ず添付して下さい。（受講開始までに1年以上経過していることが必要です）				
受講場所	県民交流プラザ和歌山ビッグ愛				

本申込書に記載された内容につきましては、個人情報保護条例等の規定により適正な管理を行い、本研修の実施に関する業務以外には使用しません。