

平成 30 年度認知症介護実践研修（実践者研修）申込書

申込日 平成 30 年 月 日

法人名		事業所名	
代表者名	担当者名		印
所在地	〒		
	TEL ()	FAX ()	
現勤務先 該当するところに ○をして下さい	() 1. 小規模多機能型居宅介護 () 2. 認知症対応型共同生活介護 () 3. 認知症対応型通所介護 () 4. 介護老人福祉施設 () 5. 介護老人保健施設	() 6. 介護療養型医療施設 () 7. 通所介護 () 8. 訪問介護 () 9. 通所リハビリテーション () 10. その他	
※ 介護の事業所に勤務していない場合、課題作成のための実習を承諾した法人名を記入して下さい。 法人名 所在地 責任者 印			
※ 下記のものについて、平成 30 年度の認知症介護実践研修（実践者研修）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実習を承諾します。			

【受講申込者に関する記入欄】

《同一事業所内優先順位 位》

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 (級) 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・事業所)	(経験年数)	年 月
			年 月
			年 月
			年 月
			年 月
	(就業中の場合は、申込書記入月でお書き下さい)		介護に従事した経験の合計年数は、 年 月
受講希望コース (希望コースに○)	* 第 2 希望まで記載お願いします (夏期コースが定員より多い場合冬期コースへの変更をお願いすることがあります) 第 1 希望: 紀北 (夏期・冬期) コース / 第 2 希望: 紀北 (夏期・冬期) コース		
受講申込の理由 (該当するものすべてに○)	1. 事業所の人員基準を満たす必要があるため 2. 事業所の研修受講者が 3 名未満のため 3. 高齢者の権利擁護推進のため 4. 事業所の認知症ケア向上のため 5. 受講者自身の認知症ケアの向上のため 6. その他 ()		
その他	平成 30 年度受講を希望する研修名 (申込は市町村へ) () 認知症対応型サービス事業管理者研修 (勤務経験 3 年必要) () 認知症対応型サービス事業開設者研修 (勤務経験必要) () 小規模多機能型サービス等計画作成担当者研修 (介護支援専門員であること)		

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。