

## 令和4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 令和4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 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（看護） ( ) 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. 介護医療院 ( ) 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	
※ 下記のものについて、令和4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。			

### 【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・令和 年 月 日 修了 ( ) 認知症介護実践者研修 ( ) 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。