

# 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 ( ) 6. 介護療養型医療施設 ( ) 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	
※ 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 ヶ月
			年 ヶ月
			年 ヶ月
			年 ヶ月
			年 ヶ月
	(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 ヶ月
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。