

令和5年度第（ ）回 認知症介護研修（実践者研修）

受講申込書

[申込日：令和5年 月 日]

| | | | | |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------|-----------------------|------------------|
| ふりがな | | 年 齢 | 性 別 | 生 年 月 日 |
| 受講者氏名 | | 歳 | 男 女 | 昭和 ・ 平成 年 月 日 |
| 取得資格 (該当する番号をすべて○で 囲んでください。) | 1 介護福祉士 2 介護職員初任者研修 3 訪問介護員（ 級） 4 介護支援専門員 5 理学療法士 6 作業療法士 7 看護師・准看護師 8 社会福祉士 9 介護福祉士実務者研修 10 認知症介護基礎研修 11 その他（ ） | | | |
| 介護業務従事年数 | 年 月（すべての施設・事業所等を通算してください。） | | | |
| 勤務先名称 | | 職名 | 介護職員・ヘルパー等、必ずご記入ください。 | |
| 勤務先住所等 | 〒 TEL () - FAX () - e-mail : | | | |
| 勤務先種別 | 1 老人保健施設 2 特別養護老人ホーム 3 グループホーム 4 デイサービス 5 小規模多機能ホーム 6 その他（ ） | | | |
| 事務連絡担当者名 | | スクールバス乗車希望 (有 ・ 無) | | |
| <p>認知症介護研修（実践者研修）の受講生として上の者を受講させたく申し込みます。</p> <p>法人名および施設（事業所）名</p> <p>施設（事業所）長名</p> <div style="text-align: right; border: 1px dashed black; padding: 5px; width: fit-content; margin: 0 auto;">公印</div> <ul style="list-style-type: none"> ・ 実習を含めて全日程とも参加できる方をご推薦願います。 ・ 受講者と申込者が同一人物は不可 ・ 受講者の氏名及び生年月日は、修了証書にも記載しますので、楷書で正確にお書きください。 ・ 勤務先の e-mail は、研修に関する連絡、資料の送信に利用できるものにしてください。 | | | | |