

令和8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8年 月 日]

ふりがな		年齢	性別	生年月日
受講希望者氏名		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 医師 12 歯科医師 13 薬剤師 14 言語聴覚士 15 精神保健福祉士 16 管理栄養士 17 栄養士 18 あん摩マッサージ師 19 はり師 20 きゅう師 資格証のコピー（取得した資格のいずれか）を申込書に添付してください。			
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(事業所)名		職種	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 )		
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。				
法人名および施設（事業所）名				
施設（事業所）長名				
公印				
・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。				
・ <u>受講希望者と申込者が同一人物は不可、申込者は受講希望者の上席者であること。</u>				
・受講希望者の氏名及び生年月日は、修了証書にも記載しますので、 <u>楷書</u> 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。				