様式第１号（第７条関係）

認知症介護実践研修(実践者研修・~~実践リーダー研修~~) 受講申込書

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| フリガナ  受講希望者氏名 |  | | 生年月日 | 昭和・平成　　　年　　月　　日  ※受講者氏名と生年月日は修了証書にも記載しますので、正確にご記入ください。 | |
|  | |
| 受講を希望する研修 | 1.実践者研修　　　　　~~2.実践リーダー研修~~ | | | | |
| 基礎研修修了日  ※実践者研修受講の場合 | 年　　　月　　　日 | 取得している資格等 | | |  |
| 実践者研修修了日  ※ﾘｰﾀﾞｰ研修受講の場合 | 年　　　月　　　日 | 実践者研修  修了証書番号 | | |  |
| 職種・役職 |  | 介護実務経験年数  (研修開始日基準) | | | 年　　ヶ月 |
| 施設(事業所)名 |  | サービス種別 | | |  |
| 所在地 | 〒　　　　　－ | | | | |
| 電話番号 |  | ＦＡＸ番号 | | |  |
| メールアドレス | ※連絡が取れるメールアドレスを記入してください。 | | | | |
| 事務連絡担当者名 |  | テキストの購入 | | | ※いずれかに○してください。  希望　・　希望しない |
| 特記事項 | ※指定基準充足のため受講が必要な場合は、その旨記入してください。 | | | | |

認知症介護実践研修の受講生として上記の者を受講させたく申し込みます。

|  |  |
| --- | --- |
| (法人・施設（事業所）名)  (法人・施設（事業所）所在地)  (代表者・施設長名) |  |

※各施設（事業所）等において、認知症介護の推進役となる方のご推薦をお願いします。

※実習も含め全日程とも参加できる方をご推薦願います。

※受講者氏名と生年月日は、修了証書にも記載しますので、正確にお書きください。

※**実践者研修又は基礎研修の修了証書の写し等受講要件を確認できるものを添付してください。**

|  |
| --- |
| 本申込書に記載された事項につきましては、個人情報保護等の規定に則り適正な管理を行い、市町村・広域連合の指定に係る本研修事業の実施に関する業務以外に使用することはいたしません。 |