

認知症介護実践者研修受講申込書（第1回）

令和 年 月 日

社会福祉法人寿量会 理事長 様

* 修了証書は、氏名欄に記載された文字に基づき発行しますので、氏名は、楷書によりはっきりと丁寧に記載してください。

（「高」→「高」、「眞」→「真」など簡略字を記載した場合、修了証は簡略字で発行します。）

1 法人について

法 人 名	
法 人 所 在 地	
代 表 者	

2 受講申込事業所について

介護保険事業所番号			
ふりがな			
事業所名			
所在地	〒		
連絡先	TEL		FAX
担当者氏名 ※担当者が受講希望者である場合にも記入してください。		担当連絡先	
事業種別 (該当するものを○で囲んで下さい。)	介護老人福祉施設・介護老人保健施設・介護医療院・訪問介護・通所介護・訪問看護・その他（ ）		
事業所におけるこれまでの申込状況	<p>(1) 事業所において、実践者研修の受講申込は、 (初めて ・ 回目 (※1)) である。</p> <p>(2) これまでの申込時期 ① 年 月 ② 年 月</p> <p>(※1) 前回、申込者が選考されている場合は、今回は「初めて」の申込みとなります。 (※2) (2) は、2回目以上の申込の方のみ記入してください。 (※3) 不足する場合は余白に記入してください。</p>		
事業所における認知症介護実践者研修（旧基礎課程）修了者数（申込時点の在籍者について御記入ください。）			人
事業所の利用定員			人

3 受講希望者について

ふりがな	★優先順位 () 番目 / () 人中
氏名	※同一事業所から複数名申込をされる場合は、記入してください。
生年月日	昭和・平成 年 月 日生
本人携帯番号	※研修前や研修期間中に事務局から直接受講者へ御連絡させていただく場合がございます。
メールアドレス	※事務局からの連絡事項及び研修資料を受信できるアドレスを記入してください。 ※記載されたアドレス以外の端末等で受講又は資料をダウンロードする場合は、ご自身で転送いただく事になりますので、お間違いのないようお願いいたします。
認知症介護基礎研修	<input type="checkbox"/> 修了 () 年度 →修了証書の写しを添付してください。 <input type="checkbox"/> 未修了 →未修了の場合、以下資格欄を必ず回答してください。
資格 (該当するものを○で囲んで下さい。)	看護師・准看護師・介護福祉士・介護支援専門員・実務者研修修了者・介護職員初任者研修修了者・生活援助従事者研修修了者・介護職員基礎研修課程又は訪問介護員養成研修一級課程/二級課程修了者・社会福祉士・医師・歯科医師・薬剤師・理学療法士・作業療法士・言語聴覚士・精神保健福祉士・管理栄養士・栄養士・あん摩マッサージ師・はり師・きゅう師・その他 ()
身体介護（認知症介護含む）に従事した期間の合計	年 カ月 ※実践者研修の受講には、申込時点で2年以上の身体介護（認知症介護含む）経験が必要です。 ※過去に他事業所で経験した年数も合わせて記入願います。
役職 (該当するものを○で囲んで下さい。)	代表・管理者（施設長）・主任・ユニットリーダー・介護職員・看護職員・その他 ()