別紙様式１

令和２年度 認知症介護実践リーダーフォローアップ研修受講申込書

実施要領の趣旨を理解し、研修を受講したく、下記のとおり申し込みます。

令和２年　　月　　日

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| （ふりがな）氏　名 | （　　　　　　　　　　　） | 生年月日 | 昭和・平成　　年　　月　　日（　　　　　　歳） |
| 主な資格 |  | 所属職位名 |  |
| 所属名 |  |
| 所属種別当てはまる所に○ | 特養　　老健　　療養型　　通所介護　　通所リハ　　訪問介護　　訪問看護小規模　　認知症デイ　　複合型　　定期巡回　　随時対応型 |
| 所属住所 | 〒 |
| 所属TEL |  | 所属FAX |  |
| メールアドレス |  |
| 認知症介護の経験年数 | 期間 | 施設・事業所名 |
| 年　月　～　年　月（　年　か月） |  |
| 年　月　～　年　月（　年　か月） |  |
| 年　月　～　年　月（　年　か月） |  |
| 年　月　～　年　月（　年　か月） |  |
| 認知症介護以外も含む実務経験 | 合　　　　　計　　　　　　　　　　年 |
| 認知症介護実践リーダー研修受講年 | 平成　　　　　年受講　　　　　修了番号 |

＊認知症実践介護実践リーダー研修修了証の写しを添付してください。