（別紙様式１） 　　　　 令和３年　　　月　　　日

令和３年度 滋賀県認知症介護実践リーダー研修　受講申込書

　滋賀県社会福祉協議会会長

　　　　　　　　　　　　施設・事業所名

　　 代表者名 　　　　　 　 　　 印

下記の者について、標記研修の受講を申し込みます。

【受講区分】 ①義務づけ研修 ・ ②自己研鑽のため ※①②どちらかに○をつけてください。

|  |
| --- |
| 注：①義務づけ研修…指定認知症対応型共同生活介護事業所で短期利用の指定を受けようとする事業所において本研修修了者がいない場合、受講が義務づけられています。  　 ②自己研鑽のため …上記①以外の受講希望者 |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ふりがな |  | | | | | 生年  月日 | 年　　月　　日 （　　　　歳） | | |
| 氏　　名 |  | | | | |
| 法人名  職場名 |  | | | | | | 受講者役職名 | |  |
| 事業種別 | 特養　　老健　　療養型　　通所介護　　通所リハ　　訪問介護　　訪問看護  特定施設　ショート　GH　小規模　認知症デイ　看護小規模　定期巡回・随時対応型 | | | | | | | | |
| 職場住所 | 〒 | | | | | | | ＴＥＬ： - - | |
| ＦＡＸ： - - | |
| 主な資格 | 介護福祉士　　介護支援専門員　　初任者研修　　実務者研修　　ヘルパー（　　）級  看護師　　社会福祉士　　その他（ 　）　　特になし | | | | | | | | |
| 認知症介護  経験年数 | | 期 間 | | | | | | 施設・事業所名 | |
| 年　 月～　 年 　月（　 年 　か月間） | | | | | |  | |
| 年　 月～　 年 　月（　 年 　か月間） | | | | | |  | |
| 年　 月～　 年 　月（　 年 　か月間） | | | | | |  | |
| 年　 月～　 年 　月（　 年 　か月間） | | | | | |  | |
| ＜合　計＞　　　　　　 年　　　　　か月間 | | | | | | | |
| 認知症介護以外も含む介護経験年数 | | ＜合　計＞　　　　　　 年　　　　　か月間 | | | | | | | |
| 「認知症介護実践者研修」  または「痴呆介護実務者研修（基礎課程）」の　　受講修了状況 | | | 修了年度  修了証書番号 | | 平成 　　　　　 年度  第　　　　　　　　号  ※修了証の写しを添付してください。 | | | | |
| 現在の職務内容 | | | １　チームリーダーである  ２　リーダー補佐をしている  ３　その他 ( ) | | | | | | |
| 現在の事業所職員のうち実践リーダー研修（専門課程を含む）修了者数 | | | | 人 | | | | | |
| 研修受講希望理由 | | | | | | | | | |
| 所属長推薦理由　※記入後、推薦理由を受講者ご本人と共有願います。  　　 　　　所属長氏名 ㊞ | | | | | | | | | |

　※申込者が管理者の場合は、申込者の上司にあたる方が推薦理由をご記載ください。

|  |
| --- |
| 通知文の送付先（上記の施設・事業所の所在地と異なる場合のみご記入ください）  (住所) 〒 　-    (事業所名等）  (ＴＥＬ） |

**上記に相異ないことを証明します。(受講者ご本人が自署してください)**

**令和　　 年　　　月　　　日**

**氏名　　　　　　　　　　　　　　生年月日　(昭和・平成　　　年　　　月　　　日**)

＊申込書に記載された個人情報は、本事業の実施のみ使用することとし本人の許可なくその他の用途

に用することはありません。

＊施設・事業所名の印については、私印ではなく施設・事業所名の印を押印してください。所属長推

薦理由欄の所属長の印については私印で結構です。