

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



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		
氏名		月日	年	月 日 (歳)
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

