令和５年度 認知症介護実践リーダーフォローアップ研修

（別紙様式１）

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　　年　　月　　日

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| （ふりがな）  氏　名 | （　　　　　　　　　　　） | | | 生年月日 | 昭和・平成　　年　　月　　日  （　　　　　　歳）  ※11月1日時点での年齢 | |
| 主な資格 |  | | | 所属  職名 | |  |
| 所属名 | 法人名　：  事業所名： | | | | | |
| 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  認知症デイ　 小規模　　 看護小規模　　定期巡回　　随時対応型 | | | | | |
| 所属住所 | 〒 | | | | | |
| 所属先  電話番号 |  | | 所属先  FAX番号 | |  | |
| 認知症介護の  経験年数  ※11月1日時点 | | 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） | | | |  |
| リーダーとしての  従事期間  ※11月1日時点 | | 年　　 月　～　　年　　 月（　　年　　か月） | | | |  |
| 年　　 月　～　　年　　 月（　　年　　か月） | | | |  |
| 認知症介護実践  リーダー研修  修了状況 | | 平成・令和　　　　　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。（対象：令和4年３月３１日までの修了者） | | | | | | |
| 研修システムでの申込日を記載してください  ▶ 研修システム　https://www.shakyo-kensyu.jp/shiga | | | | | | 月　　　 　日（　　　　 ） |