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（　　　　 ） |