

(様式1)

(表面)

令和 年 月 日

令和3年度 滋賀県認知症介護実践者研修 Bコース 受講申込書

滋賀県社会福祉協議会会長 様

施設・事業所名

代表者
職名・氏名

事業所印

ふりがな
連絡担当者
職名・氏名

連絡先 電話

FAX

本研修を次の者に受講させたく申し込みます。

ふりがな			生年 月日	昭和 平成	年	月	日	(歳)			
氏名											
法人名							左記事業所の認知症介護実践者研修(旧基礎課程含む)修了者数				
事業所名							人				
事業所所在地等	〒										
	電話				FAX						
種別	特養 老健 療養型 介護医療院 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 看護小規模多機能型居宅介護 定期巡回随時対応型訪問介護看護										
保有資格	介護福祉士・社会福祉士・訪問介護員1級・訪問介護員2級・介護支援専門員 看護師・准看護師・その他 () ・なし										
認知症介護基礎研修修了状況	年度修了			<input type="checkbox"/> 令和3年度 月 日受講予定							
	※修了証書写しを添付してください。			※チェック <input checked="" type="checkbox"/> を入れてください。(修了証書写しは後日提出)							
認知症高齢者介護の実務経験	勤務先名	職名	認知症高齢者の介護に従事した期間・月数								
			年	月	日	～	現在に至る	年	か月		
			年	月	日	～	年	月	日	年	か月
			年	月	日	～	年	月	日	年	か月
			年	月	日	～	年	月	日	年	か月
			年	月	日	～	年	月	日	年	か月
			年	月	日	～	年	月	日	年	か月
			年	月	日	～	年	月	日	年	か月
			年	月	日	～	年	月	日	年	か月
	実務経験の合計期間		年 か月								

受講希望者が受講を希望する理由 (本人直筆で記入してください)

所属長推薦理由 (所属長が直筆で記入してください)

記入者職名

氏名

印

地域密着型サービス事業所のうち、指定・運営基準による人員基準を満足するため、本研修を必ず受講しなければならない場合は、次の該当箇所へ就任 (予定) 年月日を記入し、就任状況を○で囲んで選択してください。

区分	日付	就任状況
①小規模多機能型居宅介護事業所の管理者	年 月 日	就任・就任予定
②小規模多機能型居宅介護事業所の計画作成担当者	年 月 日	就任・就任予定
③認知症高齢者グループホームの管理者	年 月 日	就任・就任予定
④認知症高齢者グループホームの計画作成担当者	年 月 日	就任・就任予定
⑤認知症対応型デイサービスの管理者	年 月 日	就任・就任予定
⑥複合型サービス事業所の管理者	年 月 日	就任・就任予定
⑦複合型サービス事業所の計画作成担当者	年 月 日	就任・就任予定

受講希望者確認 (受講希望者本人が確認の上、直筆で記載してください)

本書記載内容及び提出書類に漏れや不備、相違等ありません。

確認した日 令和 年 月 日

受講希望者氏名

本書作成・提出にあたり、下記にご留意ください。

- ※ 本書は、黒インク又はボールペンで記入し、楷書体で漏れなく記載してください。
- ※ 記載事項に該当しない場合は「該当なし」と明記してください。
- ※ 申込み施設・事業所の押印欄には、事業所印を用いてください。
- ※ 本書はA4判用紙に両面印刷してください。
- ※ 認知症介護基礎研修の修了証書の写しを本書に添付してください。

個人情報の取り扱いについて

- ※ 本書記載の個人情報は本研修の目的にのみ使用し、他の目的に使用しません。