

平成 27 年度認知症介護実践研修（実践リーダー研修）受講申込書

平成 年 月 日

法人所在地

〒

法人名

代表者名

印

所属施設・事業所	事業所名		事業所所在地	〒
	電話番号 FAX 番号	( ) ( )	施設又は介護 サービス種類	
	研修申込 担当者		電話番号 (緊急連絡)	( )
	指定認知症対応型共同生活介護事業所（グループホーム）に おける短期利用者の受入れの有無（予定も含む）			有 ・ 無 ※いずれかに○
	特記事項			

※申込者多数の場合は選考の参考とするので、特記事項がある場合は記入してください。

<優先順位 第\_\_位>

受講希望者の状況	ふりがな		受講希望会場	静岡会場 ・ 浜松会場		
	氏名		自宅住所	※見学実習先調整の参考とします。番地以降は省略。		
	生年月日	年 月 日	性別	男・女	職種	
					保有資格	
	研修受講履歴（いずれかに○を付す） ※修了証書の写しを添付してください。	高齢者介護実務経験(平成 27 年 8 月 1 日現在) ※ 直近のものから記載してください。				
	ア 認知症介護実践研修（実践者研修）修了	(施設名).....(年数)				
イ 痴呆介護実務者研修(基礎課程)修了	(施設名).....(年数)					
ウ 痴呆性老人処遇技術研修修了	(施設名).....(年数)					
エ 日本認知症グループホーム協会が実施した痴呆介護実務者研修（基礎課程）又は認知症介護実践研修（実践者研修）修了若しくは全国老人福祉施設協議会が実施した認知症介護実践研修（実践者研修）	(施設名).....(年数)					
	(合計年数)					

※受講希望者が複数の場合は、希望者ごとに申込書を作成し、優先順位欄に順位を記入してください。