

平成 30 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

公印

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○

※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	高齢者介護実務経験(平成 30 年 10 月 1 日現在) ※ 直近のものから記載してください			
	氏 名	(合計年数) 年 月			
	生年月日	年 月 日	性別	男・女	職 種 保有資格

※必ず、「実践者研修」修了証の写しを添付してください。

※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。

<p>事前課題 ※<u>必須</u>。受講者本人が記入すること。200～300 字。パソコンで作成したものを添付しても可</p> <p>「リーダー(指導的立場)として感じる、職場の認知症ケアにおける人材育成での、課題や悩み」</p>
