

2019 年度 認知症介護実践研修 (実践リーダー研修) 受講申込書

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 (2019 年 11 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> |
|---|

