

## 2024年度 認知症介護実践リーダー研修 受講申込書

フリガナ		生年月日	昭和 平成							
氏名	(印)		年	月	日					
介護の職歴(期間・事業所等)							福祉・医療関係の資格			
期間		事業所名			職名					
年 月～ 年 月										
年 月～ 年 月										
年 月～ 年 月										
従事年数の計		年								
現在勤務する事業所名					設置者名 (法人名等)					
現在勤務する事業所住所	〒				電話番号					
					FAX 番号					
現在勤務する事業所の種別	指定認知症対応型共同生活介護 ・ 指定認知症対応型通所介護 ・ 指定小規模多機能型居宅介護 ・ 特養 ・ 老健 ・ その他( )									
申込者の職名	介護職員 看護職員 相談員 介護支援専門員 管理者 計画作成担当者 その他( )									
実践者研修、基礎課程の受講歴(※1)				修了年月日: 年 月 日、受講場所:						
事業所内における実践リーダー研修修了者の有無(※2)				・有(修了者氏名: _____、修了年月日: 年 月 日、 受講場所: _____ ) ・無						
指定基準等関係		・本研修の受講が指定基準等に関係あり (理由・内容等 _____ ) ・関係なし								
通知送付先(※3)	〒									
メールアドレス(※4)										
電話番号(※4)										
担当者氏名(※4)										

上記の者について、研修の受講を申し込みます。

年 月 日

事業所名

代表者氏名

印

(記入上の注意)

① 各事業所で取りまとめの上、ご提出ください。

② 代表者については、事業所の長又は管理者とし、代表者印を押印してください。

③ 記載された氏名と生年月日により修了証書を作成しますので、楷書で丁寧に記入してください。

(※1) 修了証書のコピーを添付してください。受講場所については、都道府県名又はGH協会等を記入してください。

(※2) 事業所内における実践リーダー研修の修了者の有無を記入し、有の場合は、修了者の氏名、修了年月日、受講場所も記入してください。

(※3) 「現在勤務する事業所住所」欄に記入した住所と相違する場所へ通知を希望される場合のみ記入してください。

(※4) 照会等をする場合がありますので、連絡先、担当者氏名について記入してください。

本申込書に記載された事項につきましては、個人情報保護等の規定に則り適正な管理を行い、  
 県の指定に係る本研修事業の実施及び認知症介護研究・研修センター（東京・仙台・大府）  
 が実施する認知症介護実践者等養成研修事業に関する業務以外に使用することは致しません。