

受講申込書(1/2)

下記のとおり平成28年度第1回認知症介護実践研修(実践者研修)(保険者推薦の指定地域密着型サービス事業所介護職員)の受講を申し込みます。

受講申込法人

所在地住所	〒		
法人名称			
代表者職氏名	⑩		
申し込み担当者氏名			
電話番号		FAX番号	
開設準備中の場合	電話番号	FAX番号	

代表者職氏名の印は、代表者の個人印ではなく、施設又は法人の代表者印を押印してください。

1 受講を希望する職員の氏名

(フリガナ)	-----		
氏名			

生年月日

昭和	平成	年	月	日
----	----	---	---	---

氏名・生年月日は修了証書に記載しますので、正確に記載してください。

基礎資格

--

受講希望職員の職

計画作成担当者	就任日	年	月	日	(年	月	日就任予定)
管理者	就任日	年	月	日	(年	月	日就任予定)

就任予定の場合の現在の職(具体的に)

--

認知症高齢者介護業務の実務経験年数(研修開始月現在)

	年	ヶ月
--	---	----

認知症介護実践研修(実践リーダー研修)の受講

受講を予定している 受講を予定していない

実践リーダー研修の受講要件は、実務経験年数5年以上かつ実践者研修修了後1年以上経過した方のため、受講できるのは平成29年度以降になります。

計画作成者の方:介護支援専門員の資格取得年月日

平成	年	月	日
----	---	---	---

2 受講希望職員の勤務する施設、事業所

所在地	〒		
事業種別(で囲む)	認知症高齢者グループホーム 看護小規模多機能型居宅介護	小規模多機能型居宅介護 その他(認知症対応型デイサービス)
施設名(事業所名)			

受講申込書(2 / 2)

3 職場実習実施予定施設 (2と同じ場合は省略できます。)

所在地	〒
事業種別(で囲む)	認知症高齢者グループホーム 小規模多機能型居宅介護 認知症対応型デイサービス 看護小規模多機能型居宅介護 その他()
施設名(事業所名)	

4 同一施設・事業所から2人以上申し込みする場合は、優先順位をご記入ください。

順位

5 認知症介護実践研修「実践者研修」受講のためのレポートについては、受講決定通知後に提出していただきます。

レポートは、次のことに留意して作成してください。(このレポートは、受講決定者ご本人が作成してください。)

下記の 及び をキーワードに1,000文字程度で記述してください。

今回の研修をなぜ受講しようと思ったのか？

あなたの考える認知症介護とは？

別添レポート用紙または任意のレポート用紙によりご提出ください。ご提出いただいたレポート講義の参考とするため、講師に配布いたします。レポートはパソコン入力により作成してください。

この申込書1 / 2、2 / 2をあわせて、保険者(各市町介護保険担当課または介護広域連合事務局)へ提出ください。本申込書等に記載された事項につきましては、個人情報保護等の規程により適正な管理を行い、本研修の実施に関する業務以外には利用しません。受講申込にあたっては、個人情報の利用について、必ず受講希望者本人の同意を得てください。希望者が複数の場合は、この用紙をコピーして使用してください。