

受講者推薦書兼受講申込書(1/2)

受講者の所属する施設・事業者が地域密着型の場合: **保険者あて**その他の施設・事業所: **三重県知事あて**

下記の受講希望者は、平成28年度認知症介護実践研修「実践リーダー研修(第2回)」の受講者として適任とみとめられるので、推薦し、申込みます。

申込者(法人代表者様から推薦・申込みをお願いします。)

所在地住所	〒		
法人名称			
代表者職氏名	Ⓜ		
申し込み担当者職氏名			
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、法人の代表者印を押印してください。

1 受講希望者氏名

(フリガナ)	
氏 名	

2 生年月日

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。

3 基礎資格

--

4 受講希望者の現在勤務する施設、事業所

所在地	〒
事業種別	
施設名(事業所名)	

5 認知症高齢者介護業務の実務経験年数(平成28年10月末現在)

年 ヶ月

上記の認知症高齢者介護業務の実務経験年数のうち、直近の5年間の主な職歴をご記入ください。

勤務先	職務内容(職種、役職等)	従事期間	算定期間
		年 月 ~ 年 月	年 ヶ月
		年 月 ~ 年 月	年 ヶ月
		年 月 ~ 年 月	年 ヶ月
		年 月 ~ 年 月	年 ヶ月

6 実践者研修(又は実務者研修基礎課程)の修了年月日及び修了証番号

平成 年 月 日

修了後1年以上経過していること。

修了証番号 第 号

修了証に記載されている番号

受講者推薦書兼受講申込書(2 / 2)

7 上記の他に、受講した認知症介護研修があれば記載してください。

平成 年度 受講 研修名:

8 認知症対応型共同生活介護事業所の方で、短期利用共同生活をはじめのために申し込む場合は、短期利用共同生活介護の開始予定日をご記入ください。

平成 年 月 日

9 職場実習(4週間の)実施予定場所(4と同じ場合は省略できます。)

所在地	〒
事業種別	
施設名(事業所名)	

10 認知症介護実践研修「実践リーダー研修」受講のためのレポート

別紙レポート用紙に入力のうえ、本申込書とともにご提出ください。

下記の から のテーマ全てを踏まえた内容で、1,000字以上提出してください。

リーダー研修を受講しようと思った理由

施設、事業所において実践リーダーとしての役割を果たすためにはどのような知識、技術、専門性が必要か

リーダー研修後、どのような役割担っていききたいか

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は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。

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定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使用しません。

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えてください。

この推薦書兼受講申込書は、1 / 2 , 2 / 2 をあわせてご提出ください。

ご受講希望者の所属する施設・事業者が地域密着型の場合は保険者へ提出、その他の施設・事業所については、三重県健康福祉部長寿介護課へご提出ください。

平成28年度認知症介護実践研修「実践リーダー研修(第2回)」受講のためのレポート

このレポートは、受講希望者ご本人が入力してください。手書きのレポート提出は認められません。

から のテーマをすべて踏まえた内容で1,000字程度で作成してください。(パソコン等で入力作成)

リーダー研修を受講しようと思った理由

施設、事業所において実践リーダーとしての役割を果たすためにはどのような知識、技術、専門性が必要か

リーダー研修後、どのような役割担っていきたいか

受講希望者ご氏名		所属施設名・事業所名	
----------	--	------------	--

--	--	--	--

