

受講者推薦書兼受講申込書(1/2)

平成 年 月 日

受講者の所属する施設・事業所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27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
 適任と認められるので推薦し、申し込みます。

申込者(法人代表者様から推薦・お申し込みをお願いします。)

| | | | |
|---------|------|--|-------|
| 法人所在地住所 | 〒 | | |
| 法人名称 | | | |
| 代表者職氏名 | ㊟ | | |
| 申し込み担当者 | 氏名 | | 所属 |
| | 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 受講希望者氏名

| | |
|--------|--|
| (フリガナ) | |
| 氏名 | |

2 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27年9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書番号

| | | | |
|----|---|---|---|
| 平成 | 年 | 月 | 日 |
|----|---|---|---|

| | | |
|--------|---|---|
| 修了証書番号 | 第 | 号 |
|--------|---|---|

※修了後1年以上経過していること。

※修了証書に記載されている番号。

三重県以外が実施した研修修了者の方は、修了証の写しを添付してください。

※ 裏面もご確認ください

受講者推薦書兼受講申込書(2/2)

7 上記4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始める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①から③のテーマ全てを踏まえた内容で、1,000文字以上で提出してください。

- ①あなたが考えるリーダーとしての素質とは？
- ②職員と向き合える真のリーダーとは？
- ③地域で活動するにあたって、必要とされるリーダーの役割とは？

※ 別添のレポート用紙又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、講師に配付します。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得てください。

※ この推薦書兼受講申込書は、1/2、2/2をあわせて提出ください。

※ 受講希望者の所属する施設・事業所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。