

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。