別紙様式１　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（認知症介護研究･研修大府センター）

写真貼

認知症介護指導者養成研修受講申込書

募集要項の趣旨を理解し、研修を受講したく、下記のとおり申込みます。

　　　　2019年　　　月　　　日

氏名　　　　　　　　　　　　　　　　印

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| フリガナ氏　名 |  | 性別 | 男　　　　　女 |
| 生年月日（年齢） | 西暦　　　　　年　　　月　　　日（　　　　歳） |
| 職場 | 法人種別 |  | サービス種別 |  |
| フリガナ法人名 |  | フリガナ施設・事業所名 |  |
| フリガナ住所 | 〒 |
| 電話 |  | FAX |  |
| E-mail |  |
| 連絡先（職場以外） | フリガナ住所 | 〒 |
| 電話 |  | FAX |  |
| E-mail |  |
| 主　な　資　格（　登録番号　） | 職位名 | 管理職 | 管理職以外 |
| １　　医師（　　　　　　　）２　　保健師（　　　　　　　）３　　助産師（　　　　　　　）４　　看護師（　　　　　　　）５　　准看護師（　　　　　　　）６　　理学療法士（　　　　　　　）７　　作業療法士（　　　　　　　）８　　言語聴覚士（　　　　　　　） | ９　　社会福祉士（　　　　　　　）10　介護福祉士（　　　　　　　）11　精神保健福祉士（　　　　　）12　介護支援専門員（　　　　　）13　その他 | 組織経営 |  |  |
| 介護部門 |  |  |
| 看護部門 |  |  |
| リハビリ部門 |  |  |
| 相談員 |  |  |
| 介護支援専門員 |  |  |
| 医師 |  |  |
| その他 |  |  |
| その他の職位（他の職位を兼務している場合、主要な兼務の「サービス種別」「職場名」「職位」を記入する） |
|  |
| 健康状況 | 良好　　・　　加療中（　服薬中　）　　・　　加療中（　経過観察中　）　　　　　＊当てはまるものに○ |
| 介護実務経験　（サービス種別・職場名・職位名・期間を新しいものから書く） | 総介護実務年数 |
| １　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（　　　　年間） | 年 |
| ２　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（　　　　年間） |
| ３　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（　　　　年間） |
| 認知症介護に関する研修の受講歴　（当てはまる番号に○） | 認知症介護基礎研修又は認知症介護実践研修の企画・立案に参画、又は講師として従事する予定 |
| １　認知症介護実践者研修　　　　　　　　２　認知症介護実践リーダー研修３　認知症介護実務者研修基礎課程　　４　認知症介護実務者研修専門課程５　その他　 |
|  |
| 認知症介護に関する研修の講師歴 | 受講希望回（○を付ける） | 宿泊希望 | 駐車場希望 |
| １２３ | 第１希望 | 第１・２・３回 | 有　　無 | 有　　無 |
| 第２希望 | 第１・２・３回 |

別紙様式1　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（認知症介護研究･研修大府センター）

|  |
| --- |
| 研　　修　　受　　講　　希　　望　　理　　由 |
|  |

個人情報の取り扱いについて

私は、「2019年度認知症介護指導者養成研修受講者募集要項」の「10 個人情報の取り扱い」について、同意します。

2019年　　　月　　　日　　　　　　　　　　　　　　　　　　印