

2022年度 第2回認知症介護実践研修（実践リーダー研修）受講申込書 再

枠内の※欄はいずれかに○を付けてください。

受講希望者氏名	フリガナ		性別 ※	男・女
生年月日 ※	昭和・平成 年 月 日 (才) 氏名と生年月日は修了証書にも記載しますので、 <u>楷書</u> で正確にご記入ください			
職種・役職		介護実務経験年数	年 か月	
取得している資格等 ※	介護福祉士・社会福祉士・介護支援専門員・初任者研修・実務者研修・看護師・准看護師・その他 ()		認知症介護実践者研修修了日 (修了証コピーを添付のこと) 年 月 日	
施設(事業所)名	フリガナ			
サービスの種類 ※	介護老人福祉施設・介護老人保健施設・訪問介護・通所介護・その他 ()			
事業所住所	〒			
電話番号		FAX番号		
テキストの購入 ※	希望する・希望しない	事務担当者	フリガナ	
E-mail				
受講に関する確認事項 (確認・承諾できた場合、左側空欄に○を記入してください。)				
	受講希望者は施設(事業所)において、認知症介護の推進役となる者である。			
	受講希望者は、職場実習も含め、全日程とも欠席・遅刻・早退せずに参加できる者である。			
	施設(事業所)として、職場実習の実施について承諾する。			
	受講希望者が所属する事業所は、地域密着型サービス事業所ではない。			

認知症介護実践研修（実践リーダー研修）の受講生として上記の者を受講させたく申し込みます。

【法人・施設（事業所）名】

【施設（事業所）長名】（郵送物の宛名となります）

- ※ 各施設（事業所）等において、認知症介護の推進役となる方をご推薦願います。
- ※ 職場実習の取り組みも含め、全講義に参加できる方をご推薦願います。
- ※ 受講者氏名と生年月日は、修了証書にも記載しますので、正確にお書きください。
- ※ 実践者研修の修了証書の写しを必ず添付してください。

本申込書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則り適正な管理を行い、府の指定に係る本研修事業の実施及び認知症介護研究・研修センター（東京・仙台・大府）が実施する認知症介護実践者等養成研修事業に関する業務以外に使用することは致しません。