

(様式 1)

公益社団法人 全国老人福祉施設協議会
平成30年度 認知症介護実践者研修
(愛知・名古屋会場)

受講申込書

受講希望者
写真貼付
4.0×3.0

(写真の裏に事業
所名と氏名記入)

※記載漏れや誤りのないよう、必ず裏面の注意事項をご参照の上、ご記入ください。

ふりがな		性別	男 ・ 女	
受講者 氏名	⑩	受講者 生年月日	昭和 平成 年 月 日	
職名 (※1)		開設(増設) 年月(※2)	平成 年 月	
法人名		介護保険 事業所番号		
事業所名		会員区分	・正会員 ・非会員 (該当するものに○をしてください)	
代表者名		会員番号		
事業所所在地 (※3)	〒	TEL		
		FAX		
主な職歴 (現に勤務する施設・事業所での 経験年数も含む。)	期 間	通算期間	勤務先	職務内容
	年 月 ~ 年 月	年 ヶ月		
	年 月 ~ 年 月	年 ヶ月		
	年 月 ~ 年 月	年 ヶ月		
	年 月 ~ 研修受講月	年 ヶ月		
* 認知症介護の経験年数 (研修受講月現在) (例) 介護老人福祉施設、1年 通所介護 1年6ヶ月 合計2年6ヶ月)				
合 計 年 ヶ月				
主な資格 (※4)	取得年月	免許・資格		
	年 月			
	年 月			
	年 月			
受講理由 (※5)				
自施設実習 実施日 (※6)	1週目	平成 年 月 日 ~ 平成 年 月 日		
	1週目	平成 年 月 日 ~ 平成 年 月 日		
	1週目	平成 年 月 日 ~ 平成 年 月 日		
	1週目	平成 年 月 日 ~ 平成 年 月 日		
	※自身が所属する事業所において認知症介護に関する4週間の実習を行うために、実習の対象者となりうるようなご利用者が少なくとも2名はいますか。 → <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ			

裏面へ続く

【注意事項】

- ・ 申込書類に記載された個人情報は、受講者の決定、受講者の名簿及び修了証書の作成など、研修事業の円滑な運営のために使用するほか、研修を修了された場合に、修了認定の手続きとして都道府県に提出する受講修了者名簿を作成するために使用いたします。受講申込みあたりは、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。

- ・ 写真は、必ず証明写真を添付してください。(コピー、デジタルカメラ、スナップ写真は不可。)

- ※ 1 上段には、介護主任等、現在の施設・事業所での職務内容がわかるように記載してください。下段には、従事予定の職名と従事予定年月を記載してください。
- ※ 2 「開設(増設)年月」の欄は、今後開設が予定されている、または増設を予定している施設・事業所のみ記入し、増設の場合は増設(予定)年月を記入してください。
- ※ 3 必ず受講者の所属する施設・事業所の住所をご記入ください。開設準備中の場合は、設立予定地をご記入ください。なお、別に連絡先を指定する場合は、下記にご記入ください。

連絡先 名 称		担当者	
住 所	〒		
電 話		F A X	

- ※ 4 保健・医療・福祉に係る免許及び資格については、正式名称をご記入ください。
例：介護支援専門員、社会福祉士、介護福祉士、精神保健福祉士、保健師、看護師、准看護師、訪問介護員など
- ※ 5 「受講理由」の欄には、受講を希望する特別な事情なども記入してください。
- ※ 6 各施設での職場実習日を記載してください。

【テキストのお申込】

※以下はご希望の方のみ()に○をご記入ください。

テキスト申込み： 「認知症介護 実践者研修 標準テキスト」(2016年7月刊行) 株式会社ワールドプランニング ¥3,456(税込)	()申し込みます
--	-----------

受講対象者の要件に合致しているため、受講希望者を推薦します。また、自施設実習実施日について、受講申込者を実習に取り組ませることを誓約します。研修時に使用されるご利用者様の個人情報は、ご本人様やそのご家族様の同意を得た上で使用します。

平成 年 月 日

事業所名

管理者等氏名

㊟

※管理者等氏名欄には、理事長、または施設長、管理者が署名・捺印すること。