

## 平成30年度 認知症介護実践者研修 受講申込書

下記注意事項を承諾のうえ、受講申込いたします。

平成 年 月 日

(公財)長崎県すこやか長寿財団理事長様 (推薦希望は市町(保険者)経由)

### 【注意事項】

- ①研修修了要件は、全単元の受講及びレポート提出となるため、遅刻、早退、欠席があった場合は修了を認めません。さらに、職場実習の取組状況及びレポート内容等に不足がある場合も、修了を認めない場合があります。
- ②研修は、施設・事業所等の長を通じて申込下さい。また、研修カリキュラムに、自施設職場実習が含まれているため、研修受講期間中の職場異動等がないようにご配慮下さい。
- ③申込期間外の申込は、無効とします。

チェック欄	
-------	--

受講希望研修	第 回 認知症介護実践者研修										
設置機関住所	〒										
設置機関名	(社会福祉法人〇〇会、株式会社△△等)										
設置機関代表者名											
事業所種別 (いずれかを○で囲む)	(居宅)・訪問介護・通所介護・(予)短期入所・(予)特定施設 (密着)・定期巡回・夜間訪問・認知通所・小規模多・認知共同・密着老福施設・看護小規模 (施設)・老福施設・老健施設・介護療養・その他( )										
事業所番号	4	2									
事業所名											
事業所管理者名											
事業所住所	〒										
事業所電話番号											
受講希望者 氏名等	フリガナ.....(男・女) 生年月日S・H 年 月 日( 歳)										
受講希望者の 現在の職種	・生活相談員・介護職員・看護職員・訪問介護員・管理者・計画作成担当者・その他( )										
今後の勤務予定が別にある場合の勤務先・ 予定職種											
認知症高齢者介護 の経験年数 【重要】 空白が無いように 必ず記入下さい。	施設名	職種	勤務期間				年数				
			年	月	~	年	月	年	月		
			年	月	~	年	月	年	月		
			年	月	~	年	月	年	月		
合 計								年 月			