

令和元年度 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。

(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 令和 年 月 日

【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ください。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ください。
- ③ 申込期間外の申込は、無効とします。

受講希望研修 (いずれかを○で囲む)	認知症介護実践者研修 第1回(五島) ・ 第3回(諫早) ・ 第5回(長崎)										
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	ﾌｻｶﾞﾅ (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	年	月	年	月	年	月	
			年	月	年	月	年	月	年	月	
合計								年 月			