

認知症介護指導者養成研修受講申込書

写真貼

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。

令和2年 月 日

氏名 _____ 印 _____

フリガナ			性別	男	女
氏名			生年月日(年齢)	昭和・平成 年 月 日(歳)	
職 場	法人種別		サービス種別		
	フリガナ		フリガナ		
	法人名		施設・事業所名		
	フリガナ				
	住 所	〒			
	電 話		F A X		
E - m a i l					
連 絡 先 (職場以外)	フリガナ				
	住 所	〒			
	電 話		F A X		
	E - m a i l				
主 な 資 格 (登 録 番 号)			職 位 名	管理職	管理職以外
1 医師()	9 社会福祉士()		組 織 経 営		
2 保健師()	10 介護福祉士()		介 護 部 門		
3 助産師()	11 精神保健福祉士()		看 護 部 門		
4 看護師()	12 介護支援専門員()		リハビリ部門		
5 准看護師()	13 その他		相 談 員		
6 理学療法士()	[]		介護支援専門員		
7 作業療法士()			医 師		
8 言語聴覚士()			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	
1	第1希望	第1・2回	有 無		
2	第2希望	第1・2回			
3					

研 修 受 講 希 望 理 由

個人情報の取り扱いについて

私は、「令和2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。

令和2年 月 日 _____ 印