

令和 2 年度認知症介護実践者研修受講申込書

社会福祉法人群馬県社会福祉事業団

研修指導センター 所長 様

法人名 _____

施設（事業所）名 _____

施設（事業所）長名 _____

事業所印

認知症介護実践者研修の受講について次のとおり申し込みます。

項目	内 容						
受講希望回	第 1 回	第 2 回	第 3 回	第 4 回	第 5 回	第 6 回	
	※必ず申込期間を確認の上、受講を希望する回に○をつけてください。						
受講者	(ふりがな)		男	生年	昭和・平成		
	氏 名		女	月日	年	月 日	
	介護現場職歴 (新しい順)	期 間	施設・事業所名			職務内容	
		年 月～ 現在					
		年 月～ 年 月					
		年 月～ 年 月					
		年 月～ 年 月					
		年 月～ 年 月					
	介護の実務経験年数			年 月			
	現在の職種	<input type="checkbox"/> 介護職 <input type="checkbox"/> 看護職 <input type="checkbox"/> 介護支援専門員 <input type="checkbox"/> 計画作成担当者 <input type="checkbox"/> 管理者 <input type="checkbox"/> 相談職 <input type="checkbox"/> その他 ()					
保有資格	<input type="checkbox"/> 介護福祉士 <input type="checkbox"/> 介護支援専門員 <input type="checkbox"/> 社会福祉主事 <input type="checkbox"/> 看護師 <input type="checkbox"/> ホームヘルパー (級) <input type="checkbox"/> その他 ()						
勤務先以外の緊急時連絡先	携帯 ・ 自宅 電話 :						

※申込書が 2 枚になっております。1 枚目と 2 枚目を両面にして印刷し提出してください。

※受講を希望する回の申込期間を確認の上、申し込んでください。受講希望回と申込期間が一致しないものは受理できません。

※各回申込期間以外の申し込み、必要事項に記載がない等の不備がある場合は受理できません。

(表面)

事業所	種別	<input type="checkbox"/> 特養 <input type="checkbox"/> 老健 <input type="checkbox"/> GH <input type="checkbox"/> 小規模多機能型 <input type="checkbox"/> 看護小規模多機能型 <input type="checkbox"/> 訪問介護 <input type="checkbox"/> 認知症デイ <input type="checkbox"/> デイサービス <input type="checkbox"/> 通所リハ <input type="checkbox"/> 居宅介護支援 <input type="checkbox"/> 病院 <input type="checkbox"/> 有料老人ホーム <input type="checkbox"/> その他（ ）		
	現在勤務している事業所名			
	所在地	〒		
	連絡先	電話： FAX：	申込み 担当者	
	異動先事業所名 ※1			
	連絡先 ※2	電話： FAX：	申込み 担当者	※3
受講理由等	<input type="checkbox"/> 下記の役職に従事する予定があるため（該当するものに○）。 <input type="checkbox"/> 認知症対応型通所介護の管理者 <input type="checkbox"/> 小規模多機能型居宅介護の管理者 <input type="checkbox"/> 小規模多機能型居宅介護の介護支援専門員 <input type="checkbox"/> 認知症対応型共同生活介護（GH）の管理者 <input type="checkbox"/> 認知症対応型共同生活介護（GH）の計画作成担当者 <input type="checkbox"/> 認知症対応型共同生活介護（GH）の短期利用の指定を受ける場合 <input type="checkbox"/> 看護小規模多機能型居宅介護の管理者 <input type="checkbox"/> 看護小規模多機能型居宅介護の介護支援専門員 ※ 上記に該当する方は必ず就任予定日を記入してください ※ 就任時期が未定の場合は、その旨備考欄に記入してください （就任予定： 令和 年 月 日） <input type="checkbox"/> その他			
備考				

今年度、中止となった実践者研修に申し込みをされていますか？	はい（第 回） いいえ
-------------------------------	----------------------

※1 法人内異動に伴い、異動先の事業所において管理者、計画作成担当者等の役職に従事する予定がある方は記入してください。

※2 ※1と同様。

※3 実践者研修の申し込み等について問い合わせをする場合があります。その際、問い合わせ先を異動先に希望する場合のみ、異動先事業所の担当者の氏名を記入してください。

（裏面）