様式１

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。

<table>
<tr><td>項目</td><td colspan="6">内　　容</td></tr>
<tr><td>受講
希望回</td><td colspan="6">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〇をつけてください。</td></tr>
<tr><td rowspan="11">受講者</td><td>（ふりがな）
氏　　名</td><td colspan="2"></td><td>男
女</td><td>生年
月日</td><td>昭和・平成
年　　月　　日</td></tr>
<tr><td rowspan="6">介護現場職歴（新しい順）</td><td>期　間</td><td colspan="2">施設・事業所名</td><td colspan="2">職務内容</td></tr>
<tr><td>年　　月～
現在</td><td colspan="2"></td><td colspan="2"></td></tr>
<tr><td>年　　月～
年　　月</td><td colspan="2"></td><td colspan="2"></td></tr>
<tr><td>年　　月～
年　　月</td><td colspan="2"></td><td colspan="2"></td></tr>
<tr><td>年　　月～
年　　月</td><td colspan="2"></td><td colspan="2"></td></tr>
<tr><td>年　　月～
年　　月</td><td colspan="2"></td><td colspan="2"></td></tr>
<tr><td colspan="2">介護の実務経験年数</td><td colspan="4">年　　ヶ月</td></tr>
<tr><td colspan="2">現在の職種</td><td colspan="4">☐介護職　☐看護職　☐介護支援専門員　☐計画作成担当者
☐管理者　☐相談職　☐その他（　　）</td></tr>
<tr><td colspan="2">保有資格</td><td colspan="4">☐介護福祉士　☐介護支援専門員　☐社会福祉主事　☐看護師
☐ホームヘルパー（　　級）　☐その他（　　）</td></tr>
<tr><td colspan="2">勤務先以外の緊急時連絡先</td><td colspan="4">携帯　・　自宅
電話：</td></tr>
</table>

※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）

<table>
<tr><td rowspan="6">事業所</td><td>種　別</td><td colspan="3">□特養　□老健　□ＧＨ　□小規模多機能型　□看護小規模多機能型
□訪問介護　□認知症デイ　□デイサービス　□通所リハ　□居宅介護支援
□病院　□有料老人ホーム　□その他（　　）</td></tr>
<tr><td>現在勤務
している
事業所名</td><td colspan="3"></td></tr>
<tr><td>所在地</td><td colspan="3">〒</td></tr>
<tr><td>連絡先</td><td>電話：
FAX：</td><td>申込み
担当者</td><td></td></tr>
<tr><td>異動先
事業所名
※１</td><td colspan="3"></td></tr>
<tr><td>連絡先
※２</td><td>電話：
FAX：</td><td>申込み
担当者</td><td>※３</td></tr>
<tr><td>受講
理由等</td><td colspan="4">□下記の役職に従事する予定があるため（該当するものに〇）。
（　）認知症対応型通所介護の管理者
（　）小規模多機能型居宅介護の管理者
（　）小規模多機能型居宅介護の介護支援専門員
（　）認知症対応型共同生活介護（GH）の管理者
（　）認知症対応型共同生活介護（GH）の計画作成担当者
（　）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
（　）看護小規模多機能型居宅介護の管理者
（　）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）

□その他</td></tr>
<tr><td>備考</td><td colspan="4"></td></tr>
</table>

今年度の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）