


令和5年度ぐんま認定介護福祉士養成研修 受講申込書

記入日 令和〇年 4月〇〇日

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

申込日を記入して
下さい。

ぐんま認定介護福祉士養成研修を受講したいので、関係書類を添えて提出します。

	フリガナ	マエバシ ハナコ	性別	任意	生年月日
	氏名	前橋 花子			(S・D) 60年4月1日生
自宅住所	介護職員として経験した実務経験年数の合計を記入して下さい。 <input type="checkbox"/> 番地 55 70 - 987 - 6543 (自宅・ <input checked="" type="radio"/> 携帯) ※どちらかに○				
6ヶ月以内に撮影したもの(4×3cm) 写真の裏面に、名前を書いて下さい。	項目	添付書類			
	実務経験年数	7年1ヶ月	介護職員実務経験証明書		
	日(登録簿に記載あります)	年 月 日	介護福祉士登録証の写し		
①受講科目(レポート課題)の一部免除を希望する者は、1~5の項目にレ点でチェックを入れてください。 ②免除を希望する科目は、受講免除希望科目にレ点でチェックを入れてください。なお、免除希望の最大科目数は、6科目まで。 ※必ず、受講済研修の修了書の写しを添付して下さい。					
修了済研修	受講免除希望科目			時間	
<input checked="" type="checkbox"/> 1 実践者研修(認知症介護実践者研修) (※平成18年度以降に受講したもの)	<input checked="" type="radio"/> ア	認知症の病態理解とBPSD	3.0		
	<input checked="" type="radio"/> イ	認知症の介護とその展開	5.0		
<input checked="" type="checkbox"/> 2 介護福祉士実習指導者講習会	<input checked="" type="radio"/> ウ	介護現場における人材の育成について(講義)	5.0		
<input type="checkbox"/> 3 ファーストステップ研修 (領域:個別ケア)	<input type="radio"/> エ	介護における尊厳の保持	2.0		
	<input type="radio"/> オ	介護福祉士の専門性と職業倫理	3.0		
	<input type="radio"/> カ	自己覚知と他者理解	5.0		
<input type="checkbox"/> 4 ファーストステップ研修 (領域:チームケア・連携)	<input type="radio"/> キ	コミュニケーションと介護	5.0		
	<input type="radio"/> ク	家族等との連携	4.0		
	<input type="radio"/> ケ	地域との連携	2.0		
<input type="checkbox"/> 5 ファーストステップ研修 (領域:チームの運営管理基礎)	<input type="radio"/> コ	他職種との連携・チームアプローチ	5.0		
	<input type="radio"/> サ	リスクマネジメント	5.0		
	<input type="radio"/> シ	介護提供現場における課題とその解決	5.0		
※受講免除希望科目数(最大6科目まで) 免除について(3)科目を申請します					

《施設・事業所代表者記入欄》 ※必ず、施設代表者をご記入下さい。

上記の者を、ぐんま認定介護福祉士養成研修受講者として推薦します。

推薦事由: ○〇花子さんは、……………ため、推薦します。

施設・事業所長による推薦事由を、記載して下さい。

法人名: 社会福祉法人丸丸会
 施設名: 特別養護老人ホーム鶴と亀
 施設種別: 特別養護老人ホーム
 施設所在地: 〒371-〇〇〇〇
 施設 TEL: 027-△△-〇〇〇〇 FAX: 027-△△-〇〇〇〇
 施設代表者職・氏名 施設長 伊勢 崎子

※受講申込書に必要事項を全て記入の上、施設・事業所を通して提出して下さい。
 申し込み時に記入していただいた個人情報、本研修事業でのみ使用いたします。