

(様式 1)

公益社団法人 全国老人福祉施設協議会  
平成 22 年度 認知症介護実践リーダー研修

受講申込書

受講希望者  
写真貼付  
4.0×3.0

(写真の裏に事業  
所名と氏名記入)

開催県(市)名 北海道・札幌市

■ 事業所

|                |                                                               |               |  |
|----------------|---------------------------------------------------------------|---------------|--|
| 法人名            |                                                               | 介護保険<br>事業所番号 |  |
| 施設・事業所名        |                                                               | 代表者名          |  |
| 事業所所在地<br>(※1) | 〒                                                             | TEL           |  |
|                |                                                               | FAX           |  |
| 会員区分           | <input type="checkbox"/> 正会員・準会員 <input type="checkbox"/> 非会員 | 会員番号          |  |

■ 受講者

|                 |                                                                                                                               |                  |         |      |     |
|-----------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------|---------|------|-----|
| ふりがな            |                                                                                                                               | 性別               | 男       | ・    | 女   |
| 氏名              |                                                                                                                               | 生年月日             | 昭和      | 年    | 月 日 |
| 現在の職種<br>(※2)   |                                                                                                                               | 開設(増設)<br>年月(※3) | 平成      | 年    | 月   |
| 研修修了状況          | 痴呆介護実務者研修(基礎)・認知症介護実践者研修 平成 年 月 日 修了<br>※修了証書の写しを添付してください。                                                                    |                  |         |      |     |
| 実務経験年数          | ※5年以上の介護等の実務経験について、過去の勤務先を含めて記入してください。<br>(介護保険施設、認知症高齢者グループホーム、訪問介護、通所介護、訪問看護、通所リハビリテーションの事業所等において認知症介護業務に従事した年数)<br>合計 年 ヶ月 |                  |         |      |     |
| 認知症介護<br>実務経験   | 期 間                                                                                                                           | 通算期間             | 施設・事業所名 | 職務内容 |     |
|                 | 昭・平 年 月～昭・平 年 月                                                                                                               | 年 ヶ月             |         |      |     |
|                 | 昭・平 年 月～昭・平 年 月                                                                                                               | 年 ヶ月             |         |      |     |
|                 | 昭・平 年 月～昭・平 年 月                                                                                                               | 年 ヶ月             |         |      |     |
|                 | 昭・平 年 月～昭・平 年 月                                                                                                               | 年 ヶ月             |         |      |     |
| 主 な 資 格<br>(※4) | 取得年月                                                                                                                          | 免許・資格            |         |      |     |
|                 | 年 月                                                                                                                           |                  |         |      |     |
|                 | 年 月                                                                                                                           |                  |         |      |     |
| 受 講 理 由<br>(※5) |                                                                                                                               |                  |         |      |     |

※記載漏れや誤りのないよう、必ず裏面の注意事項をご参照の上、ご記入ください。

裏面へ続く

## 【注意事項】

- ・ 必要に応じ追加資料の提出を求めることがあります。
- ・ 申込書類に不実又は錯誤した内容の記載をした場合は、受講及び修了を取り消すことがあります。
- ・ 申込書類に記載された個人情報、受講者の決定、受講者の名簿及び修了証書の作成など、研修事業の円滑な運営のために使用するほか、研修を修了された場合に、修了認定の手続きとして都道府県に提出する受講修了者名簿を作成するために使用いたします。受講申込みにあたっては、個人情報の利用について必ず受講希望者本人の同意を得てください。
- ・ 写真は、必ず証明写真を添付してください。（コピー、デジタルカメラ、スナップ写真は不可。）

- ※ 1 必ず受講者の所属する施設・事業所の住所をご記入ください。開設準備中の場合は、設立予定地をご記入ください。なお、別に連絡先を指定する場合は、下記にご記入ください。

|            |   |       |     |  |
|------------|---|-------|-----|--|
| 連絡先<br>名 称 |   |       | 担当者 |  |
| 住 所        | 〒 |       |     |  |
| 電 話        |   | F A X |     |  |

- ※ 2 介護主任等、現在の施設・事業所での職務内容がわかるように記載してください。

- ※ 3 「開設（増設）年月」の欄は、今後開設が予定されている、または増設を予定している施設・事業所のみ記入し、増設の場合は増設（予定）年月を記入してください。

- ※ 4 保健・医療・福祉に係る免許及び資格については、正式名称をご記入ください。

例：介護支援専門員、社会福祉士、介護福祉士、精神保健福祉士、保健師、看護師、准看護師など

- ※ 5 「受講理由」の欄には、受講を希望する特別な事情なども記入してください。