**令和6年度認知症介護実践研修（実践リーダー研修）受講申込書**

申込日　　　令和6年　　月　　日

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 法人名 |  | 事業所名 |  |
| 代表者名 | 　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　担当者　　　　　　　　　　　　印 |
| 所在地 | 〒 |
| ＴＥＬ　　　　　　（　　　　　）　　　　　　　　　　　ＦＡＸ　　　　　　（　　　　　） |
| 現勤務先該当するところに○をして下さい | （　　　）１．小規模多機能型居宅介護（看護）　　　　　　（　　　　）６．介護医療院（　　　）２．認知症対応型共同生活介護　　　　　　　　　（　　　　）７．通所介護（　　　）３．認知症対応型通所介護　　　　　　　　　　　（　　　　）８．訪問介護（　　　）４．介護老人福祉施設　　　　　　　　　　　　　（　　　　）９．通所リハビリテーション（　　　）５．介護老人保健施設　　　　　　　　　　　　　（　　　　）10．その他（　　　　　　　　　　） |
| ※　下記のものについて、令和6年度の認知症介護実践研修（実践リーダー研修）の受講を申し込みます。　　　　　　　つきましては、課題作成のための自施設におけるOJT（職場内教育）実習を承諾します。 |

【受講申込者に関する記入欄】

|  |  |
| --- | --- |
| 氏名 | （ふりがな）　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　印　　　　　　　男　・　女 |
| 生年月日 | S・H　　　　年　　　月　　　日　生　（　　　　歳）**＊氏名・生年月日は、修了証書に記載しますので正確に記入下さい** |
| 役職 | １．管理者　　２．計画作成担当者　　３．介護員（　　　　　）　４．サービス提供責任者　　５．生活相談員６．看護師　　７．機能訓練指導員　　８．介護支援専門員　　９．その他（　　　　　　　　） |
| 保有資格 | １．介護福祉士　　２．社会福祉士　　３．看護師（准）　４．介護支援専門員　　５．実務者研修修了６．理学療法士　　７．作業療法士　　８．訪問介護員１・2級　　９.認知症介護基礎研修修了　１０．介護職員初任者研修修了　　　１１．栄養士　　　　１２．その他（　　　　　　　　　　　　　） |
| 介護に従事した施　　設・経験年数 | （施設名）　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（経験年数）　　　　　　年　　　　　　ヶ月 |
| 　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　年　　　　　　ヶ月 |
| 　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　年　　　　　　ヶ月 |
| 　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　年　　　　　　ヶ月 |
| 介護に従事した経験の合計年数は、　　　　　年　　　　　　ヶ月※　**介護に従事した経験年数は、5年が必要です** |
| 受講した研　　修 | 平成・令和　　　年　　　月　　　日　修了（　　　　）認知症介護実践者研修　　　　 （　　　　）認知症（痴呆）介護実務者研修（基礎課程） （　　　　）認知症（痴呆）介護実務者研修（専門課程）※修了証書のコピーを必ず添付して下さい。　（受講開始までに１年以上経過していることが必要です） |
| 受講場所 | 県民交流プラザ和歌山ビッグ愛 |

本申込書に記載された内容につきましては、個人情報保護条例等の規定により適正な管理を行い、本研修の実施に関する

業務以外には使用しません。