

社会福祉法人
島根県社会福祉協議会会長 様

所属（施設、事業所）名
所属長（施設長、管理者）名

印

令和3年度島根県認知症介護実践研修「実践者研修」受講申込書

このことについて、下記の職員を研修生として、開催要項の注意事項について了承、同意のうえ、受講を申込みます。

受講回・会場	第（ ）回（ ）会場		
ふりがな		性別	
氏名		男・女	
生年月日	昭和・平成 年 月 日生		
身体介護の実務 経験年数	現職場での経験年数	年 ヶ月	
	通年経験年数	年 ヶ月（※他事業所の経験も含む）	
職名	（※現在の業務上の職種を記入）		
資格等	※該当する番号全てに○をしてください（グループ編成・演習事例参考のため） 1. 介護福祉士 2. 介護支援専門員 3. 看護師・准看護師 4. 訪問介護員（ ）級 5. 実務者研修 6. 初任者研修 7. 認知症介護基礎研修 8. 資格なし 9. その他（ ）		
勤務先事業所等	法人名		
	事業所名		
	事業所種別	※該当する番号に○をしてください 1. 認知症対応型共同生活介護 2. （認知症対応型）通所介護 3. 訪問介護・看護 4. （看護）小規模多機能型居宅介護 5. 介護老人福祉施設 6. 介護老人保健施設 7. その他（ ）	
	住所	〒 -	
	事業所TEL		
	事業所内 状況	※修了者人数、事業所人数（事業所内の全職種の就業人数）を必ず記入して下さい 実践者研修修了者人数（ ）人・事業所人数（ ）人 優先順位（ ）※同一事業所内で複数名申込の場合のみ記入	
研修受講理由 (いずれかにチェック ①～③の場合は予定 月を記入)	<input type="checkbox"/> ① 指定地域密着型サービスの管理者要件を満たすため（令和 年 月）		
	<input type="checkbox"/> ② 指定地域密着型サービスの計画作成担当者要件を満たすため（令和 年 月）		
	<input type="checkbox"/> ③ 短期利用共同生活介護従事者要件を満たすため（令和 年 月）		
	<input type="checkbox"/> ④ その他（理由： ）※必ず記入		
申込内容の問合せ先	担当者氏名：		
	TEL：	FAX：	

※事業所の新規開設の予定がある場合はこちらにご記入ください。

事業所名			
事業所種別	開設年月日	令和 年 月 日	