

社会福祉法人
島根県社会福祉協議会会長 様

施設（事業所）名

施設（事業所）長（職・名）

令和5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、受講を申し込みます。

| | | | |
|--|---|---|---------------|
| 受講回・会場 | 第（ ）回 （ ）会場 | | |
| ふりがな | | (職名)例：介護職員 | 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 月 | (※受講申込書を記入時点) |
| | 通年経験年数 | 年 月 | (※他事業所の経験も含む) |
| 資格等 ※認知症介護基礎研修修了またはそれと同等以上の能力が必要です。 | ※該当する番号全てに○をしてください 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. その他：医療・福祉関係の資格(資格名：) ※医療・福祉関係の資格については、開催要項をご参照ください。 | | |
| 勤務先事業所等 | 法人名 | | |
| | 所属事業所名 | | |
| | 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. 小規模多機能型居宅介護 6. 介護老人福祉施設 7. 介護老人保健施設 8. その他() | |
| | 事業所所在地 | 〒 - ※FAXでご案内を通知する場合があります。(要記入) TEL： FAX： | |
| | 事業所内状況 | ※修了者人数、事業所人数(事業所内の介護・看護職の就業人数)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 ②~④の場合は 予定月を記入) | <input type="checkbox"/> ① スキルアップ | | |
| | <input type="checkbox"/> ② 指定地域密着型サービスの管理者要件を満たすため 予定月を記入→ <input type="checkbox"/> 前任者と交代のため(令和 年 月) <input type="checkbox"/> 新規開設のため(令和 年 月) | | |
| | <input type="checkbox"/> ③ 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 予定月を記入→ <input type="checkbox"/> 前任者と交代のため(令和 年 月) <input type="checkbox"/> 新規開設のため(令和 年 月) | | |
| | <input type="checkbox"/> ④ 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"/> ⑤ その他(理由：) ※必ず記入 | | |
| 申込内容の問合せ先 | (施設・事業所名) (連絡担当者氏名) 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 |