

平成29年度認知症介護実践研修(実践リーダー研修)受講申込書

平成 年 月 日

一般社団法人山口県宅老所・グループホーム協会
会長 岡屋 淳 あて所属名(*)
所在地
電話番号
所属長氏名

印

(*)法人・事業所(施設)いずれでも可

平成29年度認知症介護実践研修(実践リーダー研修)に、次のとおり申し込みます。

受講希望者 氏名等 (※1)	ふりがな	生年月日(※1)
		平成・昭和 年 月 日生 (男・女)
受講希望者 の住所等 (※1)	〒 電話 () -	
受講希望者 の現在の 所属等	事業所(施設)名	施設定員数 _____ 名
	本申込に関して連絡を取る場合の 担当者連絡先	担当者名 _____ 電話 () -
	事業所種別(該当に○を付けて下さい) ①介護老人福祉施設 ②介護老人保健施設 ③介護療養型医療施設 ④居宅療養管理指導 ⑤訪問介護 ⑥訪問入浴介護 ⑦訪問看護 ⑧訪問リハビリテーション ⑨通所介護 ⑩通所リハビリテーション ⑪短期入所生活介護 ⑫短期入所療養介護 ⑬特定施設入居者生活介護 ⑭福祉用具貸与 ⑮特定福祉用具販売 ⑯居宅介護支援 ⑰介護予防支援 ⑱認知症対応型通所介護 ⑲認知症対応型共同生活介護 ⑳小規模多機能型居宅介護 ㉑その他()	
	受講希望者の現在の職種・役職等(※2)	
	事業所所属職員の本研修(旧基礎過程含む)修了者 _____ 人 受講希望者本人の本研修受講申込回数(今回の申込除く) _____ 回	
取得している 資格等 (該当に○)	1介護支援専門員 4精神保健福祉士 7保健師	2介護福祉士 5訪問介護員()級 8その他()
3社会福祉士 6看護師・准看護師		
受講目的 (該当に○)	1 認知症対応型共同生活介護事業所の短期利用に係る要件として受講が必要 2 1以外の目的(スタッフの資質の向上)	
宿泊希望の 有無	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり → 希望日を○で囲んでください 【 9月14日・10月11日・10月23日・11月6日・11月7日 】	

※1 修了証書及び修了者名簿に記載しますので、楷書で正確に記入して下さい。

※2 受講者を選定する場合の参考にさせていただきますので、必ず記入して下さい。

裏面も必ずご記入ください

