令和２年度　認知症介護実践研修（実践者研修）

**受 講 申 込 書**

|  |  |
| --- | --- |
| フ　リ　ガ　ナ受講者氏名 |  |
| 受講者住所 |  〒 |
| 電話番号 | 　　　　　（　　　　　）　　　　　　 　　　　 ※直接連絡が取れる番号 |
| 生年月日 | 　昭和 ・ 平成　　　　年　　　月　　　日 | 性　別 | 男　・　女 |
| 職　　種 |  １ 介護福祉士 ２ 介護職員実務者研修 ３ 介護職員初任者研修 ４ 看護師 ５ 准看護師 ６ 社会福祉士 ７ 社会福祉主事 ８ 介護支援専門員 ９ その他（　　　 　 　 　　 ） |
| 施設・事業所における役職 | １ 管理者　 ２ 介護職　 ３ 看護職　 ４ 相談員　 ５ その他（ 　　　 　　 ） |
| 認知症介護の経験年数 | 年　　　　ヶ月　　※現在の施設(事業所)・現職以外の経験年数を合算してください。 |
| 所属施設・事業所 |  法　　人　　名： |
|  施設・事業所名： |
| サービス種別 |  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 介護医療院５ 特定施設　　６ 訪問介護　　７ 訪問看護　　８ 通所介護　　９ 通所リハビテーション 10 短期入所生活介護　　　　　　 11 短期入所療養介護 　 12 居宅介護支援 13 地域密着型介護老人福祉施設　 14 地域密着型特定施設 　 15 認知症対応型共同生活介護 16 地域密着型通所介護　　　　　 17 認知症対応型通所介護　 18 小規模多機能型居宅介護19 看護小規模多機能型居宅介護　 20 その他（　 　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 施設・事業所住所 |  〒 |
| 所属電話番号 | （　　　） | 所属ＦＡＸ番号 | （　　　） |
| 施設・事業所内優先順位 | 　　　　人中　　　　位 | 施設･事業所内本研修修了者 | 有 （　　人）・ 無 |
| 希望コース |  １　Ａコース　　　２　Ｂコース　　　３　どちらのコースでも可能 |
| 備考：指定基準を満たす上で本研修を今年度必ず受講することが必要な場合は、その理由を記入してください。 |
|  １　新規事業所開設に伴い人員基準を満たすため ○　開設予定サービス種別： 　 認知症対応型通所介護　　 　・　 小規模多機能型居宅介護　　 　　　　　　　　　　　　　　 認知症対応型共同生活介護　 ・　 看護小規模多機能型居宅介護　 ○　開設予定日： 　　　　　年　　　月　　　日 ２　現事業所における人員基準を満たすため （ 管理者 ・ 計画作成担当者 ・ その他（　　　　　　　　　）） ３　その他必須となる理由 （　　　　　　　　　　　　　　　　　 　　　　　　　　　　　 　　　　　　　） |

**承　　　　諾　　　　書**

　当施設（事業所）の職員の受講が決定した際には、他施設実習（別紙１）を引き受けることを承諾します。

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　年　　月　　日

　山梨県福祉保健部健康長寿推進課長　殿

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　施設・事業所名

 　　　　　所属長名　　 　　　　　　　　　　　　　印

　　　　　　　　　　 　　 ※公印を押印してください。