令和２年度　認知症介護実践研修（実践リーダー研修）

**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（ 　　 　　 ） |
| 既に受講した研修 |  □　認知症（痴呆）介護実務者研修基礎課程　　　　修了年度：　　　　　年度 □　認知症介護実践研修（実践者研修）　　　　　　修了年度：　　　　　年度 ※修了証書の写しを添付してください。 |
| 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15 地域密着型通所介護　　 16 認知症対応型通所介護　　　　17 小規模多機能型居宅介護18 看護小規模多機能型居宅介護　　　　　　19 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 |

**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。