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。