（様式1）

令和元年度 認知症介護実践研修・実践者研修（第３回）参加申込書

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 項　目 | | 申　込　内　容 | | | | | | |
| 所　属 | 介護保険事業所番号 | ※必ず記入してください。 | | | | | | |
| 住所 | 〒 | | | | | | |
| 施設名 | ※法人・会社名から記入してください。 | | | | | | |
| 事業種別 |  | | | | | | |
| 連絡先 | Tel | | | Fax | | | |
| 「認知症介護実践研修・実践リーダー研修」修了者の在席状況 | | 在席しています（　　　　名）　・　在席していません  ※実践リーダー研修修了者が在籍している場合、＜令和元年度「認知症介護実践研修・実践者研修（第３回）」における実習生の受け入れについて＞を一読し、＜他施設実習受入れ確認表＞を、事務局へご提出ください。 | | | | | |
| 受　講　者 | 住所 | 〒 | | | | | | |
| ふりがな |  | | | | | 年齢 | 歳 |
| 氏名 |  | | | | |
| 職名  (例：管理者) |  | | 資　格　名  (例：介護福祉士) | |  | | |
| 生年月日 | Ｓ・Ｈ　　　　　　年　　　　月　　　　日 | | | | | | |
| 採用年月日 | Ｓ・Ｈ　　　　　　年　　　　月　　　　日 | | | | | | |
| 経験年数 | 年　　　　ヶ月（過去を含む介護職の経験年数） | | | | | | |
| 優先順位 | ※同一事業所から複数名申込む場合は必ず記入してください。 | | | | | | |
| 1　所属施設の種別　（※該当欄にご記入ください。）  ①　認知症対応型共同生活介護事業所名　　　　　　　　　　　（ユニット数 　　　　 ）  ②　小規模多機能型居宅介護事業所名  ③　認知症対応型通所介護事業所名  ④　看護小規模多機能型居宅介護事業所名  2 将来の職名　（※該当項目に○を付けてください。）  　　　　　管理者（予定）　・　　計画作成担当者（予定）  3　今回申込みの理由　（※該当する番号に○を付けて必要事項を記入してください。）  ①　新規開設予定  　　　　開設時期　　令和　　　年　　　月　　　日  　　　　開設場所　　　　　　　　　　　　　　　　（※市町名のみで可）  　②　管理者（計画作成担当者）の交代  　　　　交代時期　　令和　　　年　　　月　　　日（予定）  　　　　旧の管理者（又は計画作成担当者）名 | | | | | | | |

上記のとおり申し込みます。

令和元年　　　月　　　日

　（市町の長）

　　　　　　　　　　　　　　　　様　　　　　　　　　（事業者法人名及び代表者名）

　　　　　　　　　　　　　印