（様式1）

令和３年度　認知症介護実践研修・実践リーダー研修　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。 |
| 指定年月日 | 平成・令和　　　　　年　　　　　月　　　　　日 |
| 事業種別 |  |
| 申込担当者名連絡先 | 担当者名 | 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 |
| 受　講　者 | ふりがな |  |
| 氏名 |  |
| 実践者研修（基礎課程）修了の確認 | **※　受講修了した年度と修了証番号を記入して下さい。**・平成　　　年度　痴呆介護実務者研修　基礎課程　修了・平成　／　令和　　　年度　認知症介護実践研修　実践者研修　修了【修了証書番号　　第　　　　　　　　号】 |
| 職名(例：管理者) |  | 資　格　名(例：介護福祉士等) |  |
| 生年月日 | 昭和・平成　　　　　　　　年　　　　月　　　　日 |
| 採用年月日 | 　昭和・平成・令和　　　　　年　　　　月　　　　日 |
| 経験年数 | 　　　　　　　　　　年　　　　ヶ月　（過去を含む認知症介護の経験年数） |
| 優先順位 | ※同一事業所から複数名申込む場合のみ記入してください。 |
| 研修申込みの理由 | 指定認知症対応型共同生活介護事業所の短期利用● 開設時期：令和　　　年　　　月　　　日（予定） ● 開設場所（市町名）：　　　　　　　　　　　　　　　● その他：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 　 |

上記のとおり申し込みます。

令和３年　　　月　　　日

　（市町の長）

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　様

（事業者法人名及び代表者名）