（様式2）

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。 | | | |

上記のとおり申し込みます。

令和３年　　　月　　　日

　社会福祉法人石川県社会福祉協議会

長寿生きがいセンター所長　様

（事業者法人名及び代表者名）