**（様式2）**

令和６年度 認知症介護実践研修・実践者研修（第１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 | 〒 |
| 事業所名 | ※法人・会社名から記入してください。 |
| 事業種別 |  |
| 申込担当者名連絡先 | 担当者名 | Tel | Fax |
| 　　　　　　受講状況 | 事業所の介護従事者数 | 　（　　　　　名） |
| 「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 |
| 「認知症介護実践研修・実践者研修（又は「痴呆介護実務者研修・基礎課程」）」修了者の在籍状況 | 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 |  |
| 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・Ｒ　　　　　年　　　　月　　　　日 |
| 経験年数 | 　　　　　　　　　　　 年　　　　ヶ月（過去を含む経験年数） |
| 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ください。 |
| 緊急時の連絡先（携帯電話等） | ※研修日当日、Ｚｏｏｍ等に関するトラブルがあった際に使用します。（Tel　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| オンライン研修の受講場所 | ①　所属事業所　　②自宅　　③その他（　　　　　　　　　　　） |

上記のとおり申し込みます。

令和６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）