（様式2）

令和５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 | 〒 |
| 事業所名 | ※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。 |
| 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 | ※オンライン研修となった場合の受講場所について該当する番号に丸を付けてください。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５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）