**（様式2）**

令和５年度 認知症介護実践研修・実践者研修（第２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 | | ※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）