（様式２）

社会福祉法人　幸　清　会

令和４年度　認知症介護実践研修（実践リーダー研修）

**第　１ ・ ２　回認知症介護実践研修（実践リーダー）受講申込書**

洞爺湖会場（受講希望の回を○で囲んでください。）

* 記載漏れや誤りのないよう、必ず裏面の注意事項を御参照の上、御記入ください。

【事業所】

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 法人名 |  | 介護保険  事業者番号 |  |
| 施設･事業所名 |  | 代表者名 |  |
| 事業所所在地  （※1） | 〒 | TEL |  |
| FAX |  |

【受講者】

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ふりがな |  | | | 性　　別 | | 男　　・　　女 | |
| 氏　　　名 |  | | | 生年月日 | |  | |
| 現在の職種  （※2） |  | | | 携帯電話番号 | |  | |
| 研修修了状況 | 痴呆介護実務者研修（基礎）・認知症介護実践者研修  **※修了証書の写しを添付して下さい。** | | 平成・令和　　　年　　　月　　　日 修了 | | | | |
| 実務経験年数 | ※５年以上の介護等の実務経験について、過去の勤務先を含めて記入して下さい。  （介護保険施設、認知症高齢者グループホーム、訪問介護、通所介護、訪問看護、通所リハビリテーションの事業所等において認知症介護業務に従事した年数）  　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　合計　　　　年　　　ヶ月 | | | | | | |
| 認知症介護  実務経験 | 期　　　　間 | 通算期間 | | | 施設・事業所名 | | 職務内容 |
| 年　　月～　　　　　年　　月 | 年　ヶ月 | | |  | |  |
| 年　　月～　　　　　年　　月 | 年　ヶ月 | | |  | |  |
| 年　　月～　　　　　年　　月 | 年　ヶ月 | | |  | |  |
| 年　　月～　　　　　年　　月 | 年　ヶ月 | | |  | |  |
| 年　　月～　　研修受講月 | 年　ヶ月 | | |  | |  |
| 主な資格  （※3） | 取得年月 | 免許・資格 | | | | | |
| 年　　　　月 |  | | | | | |
| 年　　　　月 |  | | | | | |
| 年　　　　月 |  | | | | | |
| 受講理由  （※4） |  | | | | | | |

　　　　　　　　　　（裏面へ続く）

（様式２裏面）

【注意事項】

* 必要に応じて追加資料を提出していただく場合があります。
* 申込書類に虚偽の内容の記載が認められた場合は、受講及び修了を取り消す場合があります。
* 申込書類に記載された個人情報は、受講者の決定及び受講者名簿及び修了証書の作成など、本研修事業の円滑な運営のために使用するほか、研修を修了された場合に、修了認定の報告として北海道及び札幌市に提出する受講修了名簿作成のために使用いたします。受講申込にあたっては、施設・事業所は個人情報の利用について、必ず受講希望者本人の同意を得て下さい。

※１　必ず受講者の所属する施設・事業所の住所をご記入ください。開設準備中の場合は、設立予定地をご記入ください。なお、別に連絡先を指定する場合は、下記に御記入ください。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 住 所 | 〒 | | | | 連　絡　先  事 業 所 名 | |  | |
| 電 話 |  | | ＦＡＸ |  | | 職名／担当者 | |  |
| メールアドレス | |  | | | | | | |

※２　介護主任等、現在の施設・事業所での職務内容がわかるように記載して下さい。

※３　保健・医療・福祉に係る免許及び資格については、正式名称をご記入下さい。

　　　例：介護支援専門員、社会福祉士、介護福祉士、精神保健福祉士、保健師、看護師、准看護師など

※４　「受講理由」の欄には、受講を希望する特別な事情なども記入して下さい。