（様式２）

社会福祉法人　幸　清　会

令和６年度　認知症介護実践研修（実践者研修）／認知症対応型ｻｰﾋﾞｽ事業管理者研修

**第　　回実践者研修受講申込書**※受講を希望する回の数字を入れて下さい。

洞爺湖会場　・　札幌会場　　※受講希望会場を○で囲んで下さい。

　**※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。**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| ふりがな |  | 性　　別 | 男　　・　　女 |
| 氏　　名 |  | 生年月日 | 昭和・平成　　　　年　　　月　　　日 |
| 職　　名（※１） |  | 携帯電話番号 |  |
|  |
| 受講を希望する研修　　＊該当する研修に○ | １．　認知症介護実践研修　　　　　　　　（実践者研修のみ） |
| ２．　認知症対応型ｻｰﾋﾞｽ事業管理者研修（実践者・管理者両方受講） |
| ３．　認知症対応型サービス事業管理者研修（管理者研修のみ） |
| 法人名 |  |
| 施設・事業所名 |  |
| 施設･事業所所在地（※3） | 〒 | TEL | 　　　　　　－　　　　　－ |
| FAX | 　　　　　　－　　　　　－ |
| 主な職歴(現に勤務する施設・事業所での経験年数も含む。) | 期　　　間 | 通算期間 | 勤　務　先 | 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 |  |  |
| * 認知症介護の経験年数（研修受講月現在）

（介護保険施設、認知症高齢者グループホーム、通所介護、訪問介護、通所リハビリテ－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** |
| 主な資格（※４） | 取 得 年 月 | 　　　　　　　　免　許　・　資　格　　　　　　　 |
| 　　年　　　月 |  |
| 年　　　月 |  |
| 年　　　月 |  |
| 研修受講歴（※５) | 実践者研修※または、認知症介護実務者研修【基礎課程】 | 有（交付　　年　　月　　日・証書番号　第　　　　　　号）無 |
| 受講理由（※６） |  |

　　（裏面へ続く）　　　　【注意事項】

・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。**お名前の漢字（旧漢字など）、生年月**

**日に誤りのないよう**お願いいたします。

　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く

ださい。

※１　上段には、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ください。

下段には、従事予定の職名と従事予定年月を記載してください。

※３　必ず受講者の所属する施設・事業所の住所を御記入ください。開設準備中の場合は、設立予定地を御記入ください。

　　　　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 |  |

※４　保健・医療・福祉に係る免許及び資格については、正式名称を御記入ください。

　　　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、訪問介護員など

※５　「認知症介護実践研修（実践者研修）」修了証書の写しを添付してください。

※６　「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ください。