

平成 31 年度 岩手県認知症介護実践者研修受講申込書

年 月 日

公益財団法人いきいき岩手支援財団理事長 様

法人名		
施設・事業所名		
施設・事業所長 職・氏名	(印) (代表者印)	
連絡担当者 職・氏名	TEL	FAX

標記研修について、下記のとおり受講を申込みます。

また、本研修受講者の自施設実習については、研修であることを施設・事業所全体で理解し、受講者の設定課題の達成のため、必要な協力及び配慮することを約束します。

所属事業所名			事業所 番号	0	3												
事業所住所	〒		TEL														
			FAX														
事業所種別 (1つに☑)	<input type="checkbox"/> 1 介護老人福祉施設 <input type="checkbox"/> 2 介護老人保健施設 <input type="checkbox"/> 3 介護医療院 <input type="checkbox"/> 4 訪問介護 <input type="checkbox"/> 5 通所介護 <input type="checkbox"/> 6 通所リハビリテーション <input type="checkbox"/> 7 短期入所生活介護 <input type="checkbox"/> 8 特定施設入居者生活介護 <input type="checkbox"/> 9 地域密着型通所介護 <input type="checkbox"/> 10 認知症対応型通所介護 <input type="checkbox"/> 11 小規模多機能型居宅介護 <input type="checkbox"/> 12 認知症対応型共同生活介護 <input type="checkbox"/> 13 地域密着型特定施設入居者生活介護 <input type="checkbox"/> 14 地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護 <input type="checkbox"/> 15 看護小規模多機能型居宅介護 <input type="checkbox"/> 16 その他()																
ふりがな			性別	<input type="checkbox"/> 男 ・ <input type="checkbox"/> 女													
受講希望者 氏名			(印)	生年月日	<input type="checkbox"/> 昭和・ <input type="checkbox"/> 平成 年 月 日												
職名			所有資格														
介護実務経験 (H31.4月末現在)	通算		年	ヶ月	※ 2年以上の方が対象です。 (介護業務と一体的に行われる看護業務を含む)												
受講希望時期	第1希望： 第 期			第2希望： 第 期													
受講目的 (受講希望者本人 が記入)																	
今年度受講予定の 場合は☑	<input type="checkbox"/> 認知症対応型サービス事業管理者研修 (第 期受講予定) <input type="checkbox"/> 小規模多機能型サービス等計画作成担当者研修																
該当する場合は ☑及び記入	<input type="checkbox"/> 認知症対応型共同生活介護事業所の計画作成担当者就任予定 →就任予定時期： 年 月 ・ 事業所名：																
備考	※ 受講決定通知送付先が所属事業所と異なる場合は、こちらに御記入ください。 また、身体障がい等のため、受講時における配慮を希望される場合も御記入願います。																

※ 修了証書に記載しますので、氏名の文字及び生年月日は正確に御記入ください。