



平成 31 年度 岩手県認知症介護実践リーダー研修受講申込書

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 _____ (印)

職・氏名 _____ (代表者印)

連絡担当者 _____ TEL _____

職・氏名 _____ 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 月		※ 5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)																
認知症介護実践者研修 修了年月日			修了証書番号【第 号】	平成 年 月 日															
			※ 修了証書の写しを必ず添付してください。																
受講目的 (受講希望者本人が記入)																			
該当する場合は ☑及び記入	<input type="checkbox"/> 指定要件(認知症対応型共同生活介護事業所の短期利用)に係る申込み →利用開始予定時期: 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。