



# 令和2年度 岩手県認知症介護実践リーダー研修受講申込書

令和 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 介護療養型医療施設 <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 (R2.4月末現在)	通 算 : 年 月		※ 通算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みます。										
認知症介護実践者研修 修了年月日	_____		修了証書番号【第 _____ 号】	<input type="checkbox"/> 平成・ <input type="checkbox"/> 令和 年 月 日									
受講目的 (受講希望者本人が記入)	※ 修了証書の写しを必ず添付してください。												
該当する場合は☑及び記入 ※ ☑がある場合のお申込み先は、市町村の介護保険担当課です。 <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： 令和 年 月、事業所名： _____													
通信欄	※ 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。

申込締切：令和2年5月11日(月)必着