

平成29年度認知症介護実践リーダー研修受講申込書

下記注意事項を承諾のうえ、受講申込いたします。

長崎県長寿社会課長 様 (優先希望は市町(保険者)経由)

平成 年 月 日

【注意事項】

- ①研修修了要件は、全単元の受講及びレポート提出となるため、遅刻、早退、欠席があった場合は修了を認めません。さらに、職場実習の取組状況及びレポート内容等に不足がある場合も、修了を認めない場合があります。
- ②研修申込は、事業所を通じて実施下さい。また、研修カリキュラムに、自施設職場実習が含まれているため、研修受講期間中の職場移動等が無いようにご配慮下さい。
- ③申込期間外の申込は、無効とします。

設置機関住所	〒		
設置機関名	(社会福祉法人〇〇会、株式会社△△等)		
設置機関代表者名			
事業所種別 (いずれかを○で囲む)	・訪問介護 ・通所介護 ・特定施設 ・短期入所 ・特養施設 ・老健施設 ・介護療養型医療施設 ・夜間対応訪問 ・認知症通所 ・小規模居宅 ・グループホーム ・地域密着特定施設 ・地域密着型特養		
事業所名			
事業所管理者名			
事業所住所	〒		
事業所電話番号			
受講希望者 氏名等	フリガナ..... (男・女) 生年月日S・H 年 月 日(歳)		
受講希望者の 現在の職種	・生活相談員 ・介護職員 ・看護職員 ・訪問介護員 ・管理者 ・計画作成担当者		
研修受講歴	基礎課程 ・ 実践者研修(平成 年 月 日修了)※修了証書(写)を添付		
貴事業所の状況 (グループホームのみ記載)	開設日 平成 年 月	定員 名	現在の入所者数 名
	貴所属における認知症介護実践リーダー研修もしくは専門課程修了者の有無 (有 ・ 無)		
認知症高齢者介護 の経験年数 【重要】 空白が無いように 必ず記入下さい。	施設名	職種	勤務期間
			年 月～ 年 月
			年 月～ 年 月
			年 月～ 年 月
【重要】認知症高齢者介護の取組み状況および申込理由を空白が無い様に具体的に記入下さい。			