（様式第1号） **有限会社 RAIMU あて**　　FAX ： 0956－28－2700

令和2年度 認知症介護実践者研修 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。

有限会社 RAIMU 代表者様　　推薦希望は市町（保険者）経由　　令和　　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 研修は、施設・事業所等の長を通じて申込ください。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異動等がないようにご配慮ください。

③ 申込期間外の申込は、無効とします。

受講希望研修 （いずれかを〇で囲む）	認知症介護実践者研修　第１回（諫早）・第２回（長崎①）・第３回（佐世保）・第４回（長崎②）
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 （いずれかを〇で囲む）	（居宅）・訪問介護　・通所介護　・（予）短期入所　・（予）特定施設 （密着）・定期巡回　・夜間訪問　・認知通所　・小規模多　・認知共同　・密着老福施設　・看護小規模 （施設）・老福施設　・老健施設　・介護療養　・その他（　　）
事業所番号	4　2
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　・その他（　　）
今後の勤務予定が 別にある場合の 勤務先・予定職種	

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	年数
			年　月～　年　月	年　月
			年　月～　年　月	年　月
			年　月～　年　月	年　月
			年　月～　年　月	年　月
			合　計	年　月