

令和 6年度 認知症介護実践リーダー研修 受講申込書

有限会社 RAIMU 代表者様 推薦希望は市町(保険者)経由

施設・事業所の長を通じて申してください。

令和 年 月 日

設置機関名(法人名) (社会福祉法人〇〇会等)							代表者名			
設置機関住所	〒									
事業所番号	4	2								
事業所種別 (いずれかを○で囲む)	・訪問介護 ・通所介護 ・認知共同 ・密着老福施設 ・小規模多 ・看護小規模 ・定期巡回 ・特養 ・老健 ・その他()									
事業所名							事業所 管理者名			
事業所住所	〒						TEL			
							FAX			
決定通知書 添付用 メールアドレス (ブロック体で正確に記入)	(ヨミガナ)									
受講希望者	(フリガナ)						【生年月日】			
							昭和・平成	年	月	日
受講希望者の現在の職種 (いずれかを○で囲む)	・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()									
受講申込要件 (該当するいずれかに☑)	<input type="checkbox"/> ① 基礎課程 } ※①②は修了証書(写)を添付 (年 月 日修了) <input type="checkbox"/> ② 実践者研修 } <input type="checkbox"/> ③ 介護福祉士 ※③は介護福祉士資格証(写)を添付									
受講申込要件①又は② ⇒ 「認知症高齢者介護の経験年数」 を記載										
施設名	職種	勤務期間				年数				
		年	月	~	年	月	年	ヶ月		
		年	月	~	年	月	年	ヶ月		
		年	月	~	年	月	年	ヶ月		
		年	月	~	年	月	年	ヶ月		
		年	月	~	年	月	年	ヶ月		
実践者研修修了より1年以上経過し介護業務に概ね5年以上従事した者							(合計)	年	ヶ月	
受講申込要件③ ⇒ 介護福祉士資格取得後の「実務経験年数及び実務経験日数」 を記載										
施設名	職種	勤務期間				実務経験日数(休日を除く)				
		年	月	~	年	月	日	日		
		年	月	~	年	月	日	日		
		年	月	~	年	月	日	日		
		年	月	~	年	月	日	日		
		年	月	~	年	月	日	日		
介護福祉士資格を取得した日から起算して10年 かつ1,800日以上の実務経験のある者		(実務経験年数合計)				年	ヶ月	(日数合計)	日	
受講者メールアドレス (オンライン研修時使用)	(ヨミガナ)									
メールアドレス記入例	(ヨミガナ) ライム アットマーク クレスト ドット オーシーエヌ ドット エヌイー ドット ジェイピー raimu@crest.ocn.ne.jp									

*受講決定通知は代表メールアドレスへ送付いたします。自施設実習が含まれている為、研修受講期間中の職場異動等がないようご配慮下さい。