

(様式 1)

平成 28 年度認知症介護実践研修 (実践者研修)

受講申込書

平成 年 月 日

株式会社リハビリサポートまこと
認知症介護実践研修担当宛

施設などの所在地及び名称

代表者名

職印

(電話番号)

次の者に標記研修を受講させたいので、申し込みます。なお、主な職歴及び経験年数については、記載のとおりである事を証明します。

ふりがな					
氏名					
性別	男 ・ 女	生年月日	昭和 ・ 平成	年	月 日
事業所名					
施設名					
施設住所	〒 ー				
TEL			FAX		
主な職歴・ 経験年数 (現に勤務する施設・事業所での経験年数も含む)	期 間	通算期間	事業所名	事業種別※1	職務内容※2
	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～研修受講月	年 ヶ月			
◇ 実務経験については、介護保険施設（特別養護老人ホーム、介護老人保健施設又は介護療養型医療施設）、訪問介護（ホームヘルプサービス）事業、訪問看護事業、通所介護（デイサービス）事業、通所リハビリテーション（デイケア）事業、認知症対応型共同生活介護（グループホーム）事業等における認知症高齢者介護の実務経験が対象となります。					
◇ 不実または錯誤した内容の記載をした場合は、修了を取り消すことがあります。					
◇ 介護業務と計画作成業務の従事年数の合算不可。					
合計 年 ヶ月 ※必ず記入して下さい。					
希望受講回	第 回目 希望				

※1・2 「事業種別」「職務内容」は、記載の職歴が認知症介護実践研修の受講要件として算定可能かどうか判断するために必要な項目になります。（「事業種別」記載例：グループホーム・通所介護事業所・特定施設入居者生活介護等）（「職務内容」記載例：介護業務・計画作成業務等）

私_____は、この度貴法人が開催する認知症実践研修（実践者研修）の受講を受けるにあたり、別紙記載の研修対象者であることを上記内容にて証明いたします。

平成 年 月 日

受講者氏名

印