

## 平成31年度(2019年度)認知症介護実践者研修受講申込書( )回(個人票)

平成(新元号) 年 月 日

社会福祉法人 寿量会  
理事長 米満 淑恵 様

施設・事業所名 \_\_\_\_\_

ふりがな \_\_\_\_\_

氏 名 \_\_\_\_\_ 印 \_\_\_\_\_

希望する研修 \_\_\_\_\_ 実践者第 \_\_\_\_\_ 回 \_\_\_\_\_

- \* この申込書(個人票)は、受講を希望するご本人が記入してください。
- \* 修了証書は、氏名欄に記載された文字に基づき発行しますので、氏名は、楷書によりはっきりと丁寧に記載してください。  
(「高」→「高」、「眞」→「真」など簡略字を記載した場合、修了証は簡略字で発行します。)

## 1 受講希望者について(該当する番号を○で囲んでください。)

生年月日	昭和・平成 年 月 日生	年齢	歳	性別	男・女
職種・役職	1管理者(施設長) 2計画作成担当者 3看護主任 4看護職員 5介護主任 6ユニットリーダー 7介護職員 8主任相談員 9相談員 10主任指導員 11指導員 12その他( )				
資格	1看護師 2社会福祉士 3介護福祉士 4介護支援専門員 5訪問介護員(ヘルパー 級) 6精神保健福祉士 7理学療法士 8作業療法士 9言語聴覚士 10その他( )				
これまでの申込状況	実践者研修の受講申込は、(初めて、 回目)である。 * 2回目以上の申込みの方のみ記入してください。 これまでの申込み時期 ①平成 年 月 *不足する場合は余白に ②平成 年 月 記入してください。				

## 2 身体介護(認知症介護含む)の経験

(1)身体介護(認知症介護含む。)に従事した期間の合計 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月

## (2)上記期間の内訳

従事期間	サービスの種類	事業所名	職種	職名
年 月～ 年 月				
年 月～ 年 月				
年 月～ 年 月				
年 月～ 年 月				

年 月～				
年 月				

- \* 実践者研修の受講には、2年以上の身体介護（認知症介護含む）経験が必要です。欄が不足する場合は、増やしてください。
- \* 身体介護（認知症介護経験を含む。）の経験欄については、誤りが無いように記載してください。虚偽の記載が判明した場合、研修の受講が無効となります。

### 3 希望する実習施設

	施設・事業所名
第一希望	
第二希望	

○外部実習施設として、希望される施設等を下記から選択してください。

（指導者の都合等により、御希望の施設で実習できない場合があります。）

地域 密着型	それ 以外	事業所住所	事業所名
	<input type="radio"/>	熊本市中央区渡鹿5-1-37	介護老人保健施設フォレスト熊本
	<input type="radio"/>	熊本市東区小山町2493	特別養護老人ホーム白川の里
	<input type="radio"/>	宇城市松橋町竹崎1142-1	特別養護老人ホームしらぬい荘
	<input type="radio"/>	玉名郡長洲町清源寺1060	特別養護老人ホーム月華苑
	<input type="radio"/>	水俣市浜4098-18	介護老人保健施設白梅の里
	<input type="radio"/>	菊池市泗水町福本904-1	介護老人保健施設孔子の里
	<input type="radio"/>	阿蘇郡南阿蘇村久石2721-2	グループホームみなみ阿蘇
	<input type="radio"/>	上益城郡甲佐町白旗986	グループホームせせらぎ
	<input type="radio"/>	天草市東町101	天草中央総合病院附属介護老人保健施設

### 4 認知症関係研修の受講履歴

研修名	受講終了年月日

### 5 連絡先

担当者所属 名			
担当者氏名 ※	電話番号	( )	

※ 担当者が受講希望者自身である場合にも記入すること。