

令和8年度徳島県認知症介護実践研修（実践者研修）受講申込書

徳島県知事 殿

(1) 申込者

希望回（いずれか一つに○印を記入）		第1回	第2回	第3回
法人名				
施設長 施設長名	<input type="checkbox"/> 特別養護老人ホーム <input type="checkbox"/> 介護老人保健施設 <input type="checkbox"/> 介護医療院 <input type="checkbox"/> グループホーム <input type="checkbox"/> 認知症対応型通所介護 <input type="checkbox"/> 小規模多機能型居宅介護 <input type="checkbox"/> その他（ ）			
住所	〒			
担当者名		電話番号		
E-mail				
昨年度における本研修の受講状況（該当番号に○印のうえ（ ）に人数を記入）				
1. 第1回（R7.6実施）受講（ 名） 2. 第2回（R7.10実施）受講（ 名） 3. 第3回（R8.1実施）受講（ 名） 4. 申込みを行ったが受講決定されず受講できなかった。 5. 申込みを行わなかった。 6. その他（ ）				
研修受講希望理由				

※グループホーム（開設予定含む）の職員について申込む場合は、以下も記入のこと。

事業所名				
開設（予定）日	平成・令和	年	月	日（開設済・開設予定）
ユニット数	ユニット	開設（予定）地	市・町・村	
職名	氏名	介護支援専門員の資格の有無	実務経験年数	
管理者			年 ヶ月	
計画作成担当者			年 ヶ月	
			年 ヶ月	
備考				

令和8年度徳島県認知症介護実践研修（実践者研修）の受講者として、次の者を申し込みます。

令和 年 月 日

(2) 受講希望者〈法人内の優先順位 _____ 位、施設・事業所内の優先順位 _____ 位〉

※優先順位については、受講申込みをする者の中から、法人ごと及び施設・事業所ごとに各々優先順位を付けて、必ずご記入ください。

受講申込者 氏名・住所 (ふりがな)	生 年 月 日 年 月 日	年 齢 才	実務経験年数 年 月 (2年以上)
職 種 名	役職(介護長・主任介護職員等)	福 祉 関 係 資 格 等	

- 1 氏名及び生年月日は修了証に記載されるため、正確にご記入ください。
- 2 介護支援専門員の資格を有する場合は、必ずご記入ください。
- 3 個人情報の本研修実施に関することのみを使用します。
- 4 申込みは市町村等を経由して行ってください。
- 5 実務経験年数が、自施設のみで満たない場合は、前職場における実務経験証明書を添付してください。

〈市町村長等の意見〉

※市町村長等の意見については、意見のあとに市町村名等、部課名、氏名を必ずご記入ください。