



(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、第〇回の実践者研修に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 (概ね5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	
研 修 歴			
H16 までの痴呆介護実務者研修(基礎課程)又は H17 からの認知症介護実践研修(実践者研修)の受講の有無		有 ・ 無	左の受講年度 及び修了証年月日 ____年度 ____年____月____日

※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。

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。

研修歴の修了証年月日が不明の場合は受講年度のみで結構です。

介護福祉士要件で受講申込みされる場合は、資格証の写し及び実務経験証明書を添付してください。