

令和5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				
施設名 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"/> 介護療養型医療施設 <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		
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(R4. 6実施) 受講(名) 2. 第2回(R4.10実施) 受講(名) 3. 第3回(R4. 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み場合は、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5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 ヶ月 (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 個人情報本研修実施に関するものみに使用します。
- 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。