

令和6年度徳島県認知症介護実践研修（実践リーダー研修）受講申込書

徳島県知事 殿

(1) 申込者

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 <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 R4.8実施分受講(名) 2 申込みを行ったが受講決定されず受講できなかった。 3 申込みを行わなかった。 4 その他()			
研修受講希望理由			

令和6年度徳島県認知症介護実践研修（実践リーダー研修）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、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 <small>(ふりがな)</small>	生 年 月 日	年 齢	実務経験年数
〒	年 月 日	才	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	

※複数必要な場合は、コピーしてください。

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。