

徳島県知事 殿
(1) 申込者

※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。

令和7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

※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。

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 は本研修実施に関する こと 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。