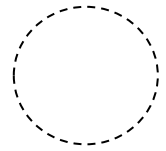


顔写真の貼付  
(4×3cm)

受 付 印



認知症介護実践研修(実践リーダー研修)受講申込書

令和 年 月 日

|                                    |                   |                                     |       |
|------------------------------------|-------------------|-------------------------------------|-------|
| フリガナ<br>氏 名                        |                   | 性 別                                 | 男 ・ 女 |
| 生年月日                               | 昭和・平成 年 月 日生      | 年 齢                                 | 歳     |
| 所属施設名                              |                   | 職 名                                 |       |
| サービス種類                             |                   |                                     |       |
| 所属施設住所                             | 〒                 |                                     |       |
| 施設電話番号                             |                   | 施設 FAX 番号                           |       |
| 電話番号<br>(受講時に直接連絡がとれる<br>携帯電話など)注1 |                   | メールアドレス<br>(受講するパソコンで受信<br>できるもの)注2 |       |
|                                    | 主な職歴及び認知症高齢者の介護経歴 |                                     |       |
| 年 月                                |                   |                                     |       |
|                                    |                   |                                     |       |
|                                    |                   |                                     |       |
|                                    |                   |                                     |       |
|                                    | 主 な 資 格           |                                     |       |
| 年 月                                |                   |                                     |       |
|                                    |                   |                                     |       |

受講資格 (あてはまるものを○で囲んでください。)

1. 認知症介護実践者研修を終了し1年以上経過した者

平成・令和 \_\_\_\_年度修了

実施主体 1. さいたま市 2. 埼玉県 3. その他( )

※認知症介護実践者研修(基礎課程)修了証の写しを添付してください。

2. 介護福祉士資格を取得して10年以上経過し、かつ1,800日以上の実務経験を有する者

※介護福祉士登録証の写しを添付してください。

裏面(2枚目)も忘れずに記入してください

研修受講希望理由

|  |
|--|
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |

上記の者が認知症介護実践研修(実践リーダー研修)の受講申込みをすることを承諾します。

事業所名 \_\_\_\_\_ 事業所長氏名 \_\_\_\_\_ (署名)

注1 受講時に接続ができない場合等に、直接連絡を取るために使用します。

注2 メールアドレスは、資料等の送付時に使用します。