**（様式１）**

**令和５年度　広島県認知症介護実践研修(実践リーダー研修)受講申込書**

申込者　法人の主たる事務所の所在地

　　　　　　　　　〒

法人の名称及び代表者の職氏名

研修修了後は，広島県認知症介護アドバイザーとして活動することを承諾の上，認知症介護

実践研修(実践リーダー研修)に申し込みます。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 受講希望する回 | 第　　回 | 申込日　令和　　　年　　　月　　　日 |
| フリガナ |  | 男・女 | 生年月日 | 昭和年　 　月　 　日生平成 |
| 受講希望者氏名 |  |
| 資　格該当する番号にすべて○をしてください | 1 医師　　　　 2 保健師　　　 3 助産師　　　 　4 看護師　　　　 5 准看護師　6 理学療法士 　7 作業療法士 　8 社会福祉士　 　9 介護福祉士 　　10言語聴覚士11 精神保健福祉士　12 介護支援専門員（ｹｱﾏﾈｼﾞｬｰ）13 訪問介護員（ﾎｰﾑﾍﾙﾊﾟｰ）14 その他（　　　　　　　　　　　　　　　　）　15なし |
| 介護・看護業務の通算経験年数 | 年　　　　　月 | 内：認知症介護の通算経験年数 | 年　　　　月 |
| **◎注意：現職場だけではなく通算経験年数となります。必ず受講者本人にご確認のうえ記入してください。** |
| 実践者研修等の修了状況 | 実践者研修又は痴呆介護実務者研修（基礎課程）の修了年度 | 平成　　　年度 |
| キャラバン・メイト養成講座修了の有無 | 有　・　無 |
| 所　属　先　事　業　所　等 | 種　別該当する番号に○をしてください | 1 介護老人福祉施設　　　2 介護老人保健施設　　　　　3 介護療養型医療施設4 訪問介護事業所　　　　5 通所介護事業所　　　　　　6居宅介護支援事業所7 認知症グループホーム　8 小規模多機能型居宅介護　　9 認知症対応型通所介護10地域密着型通所介護　11 地域密着型介護老人福祉施設 12その他（　　　　　　　　　　　） |
| 名　称 |  |
|  | **◎注意：必ず現在の所属先を記入してください。所属先が異なる場合は受講できない場合があります。** |
| 役　職 |  |
| 住　所 | 〒 |
| 連絡先 | 電話番号 |  | ＦＡＸ |  |
| 法人名 |  | 担当者 |  |

※1　別紙「申込みに当たっての留意事項」を必ず参照してください。

※2　**「実践者研修又は痴呆介護実務者研修（基礎課程）の修了証書の写し」を併せて提出してください。**