

## 令和8年度 広島県認知症介護実践研修(実践者研修)受講申込書

申込者 法人の所在地

〒

法人の名称

代表者の職・氏名

受講希望する回	第 回	申込日 令和 年 月 日	
フリガナ		生年月日	昭和・平成 年 月 日
受講希望者氏名			
役職名		職場での立場 (複数回答可)	<input type="checkbox"/> 管理者 <input type="checkbox"/> 計画作成担当者 <input type="checkbox"/> 介護従事者
認知症介護基礎 研修の修了状況	・修了年月日 ( 年 月 日)		・未修了
資格	番	※開催要領6.受講対象者【対象資格】より、主となる資格の該当番号をご記入ください。(資格証・修了証書の写しを添付)	
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
※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。			
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 介護医療院 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( )	
	事業所名	※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。	
	住 所 【連絡先】	〒 - 電話番号： - - FAX： - -	
	研修申し込み の担当者	【担当者名】 【連絡先】電話番号： - -	
申込理由等			
【該当する項目を選択☑してください。】 <input type="checkbox"/> 近く管理者又は計画作成担当者に就任予定である。(市町の推薦予定： 有 ・ 無 ) <input type="checkbox"/> 職員の退職又は異動により、事業所に研修修了者が不在となる予定である。 <input type="checkbox"/> 現在予定はないが、今後の職員の異動や退職に備えるため。 <input type="checkbox"/> スキルアップ・職員育成のため。 <input type="checkbox"/> その他(具体的かつ簡潔に記入) ( )			
確 認 欄			
【以下について、御了承いただきましたら、 <u>全てに☑チェック</u> を入れてください。】 <input type="checkbox"/> 欠席、遅刻、早退は認めておりません。 <input type="checkbox"/> 書類を提出する際は、提出期限・書類内容など、必ず指示に従ってください。 <input type="checkbox"/> 職場内のチーム全員で取り組む課題がありますので、御協力をお願いします。 <input type="checkbox"/> キャンセル対応期日を過ぎた場合は、受講料は返金いたしません。 <b>※ 開催要領 11. 申込み方法等【受講についての注意事項】を御確認ください。</b>			