

平成 年 月 日

社会医療法人北九州病院
理事長 佐多 竹良 殿

法 人 名
事 業 所 名
所 在 地 〒

電 話 番 号
メー ル ア ド レ ス
代 表 者 役職
氏名
担 当 者 役職
氏名

平成30年度 認知症介護実践者研修受講申込書

フリガナ		性別	生年月日	
受講者氏名		男・女	S・H	年 月 日
サービス種別	<input type="checkbox"/> 介護老人福祉施設 <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"/> 訪問介護 <input type="checkbox"/> 訪問看護 <input type="checkbox"/> 通所看護 <input type="checkbox"/> 地域密着型通所介護 <input type="checkbox"/> 通所リハビリテーション <input type="checkbox"/> 短期入所生活介護 <input type="checkbox"/> 短期入所療養介護 <input type="checkbox"/> 居宅介護支援 <input type="checkbox"/> 特定施設入居者生活介護 <input type="checkbox"/> 認知症対応型通所介護 <input type="checkbox"/> 認知症対応型共同生活介護 <input type="checkbox"/> 小規模多機能型居宅介護 <input type="checkbox"/> その他()			
職種 ※該当するすべてに チェックしてください	<input type="checkbox"/> 介護職員 <input type="checkbox"/> 管理者 <input type="checkbox"/> サービス提供責任者 <input type="checkbox"/> 代表者 <input type="checkbox"/> 生活相談員・支援相談員 <input type="checkbox"/> 計画作成担当者 <input type="checkbox"/> 介護支援専門員 <input type="checkbox"/> その他()			
資格 ※該当するすべてに チェックしてください	<input type="checkbox"/> 医師 <input type="checkbox"/> 看護師・准看護師 <input type="checkbox"/> 社会福祉士 <input type="checkbox"/> 介護福祉士 <input type="checkbox"/> 介護支援専門員 <input type="checkbox"/> 訪問介護員 <input type="checkbox"/> 理学療法士 <input type="checkbox"/> 作業療法士 <input type="checkbox"/> 言語聴覚士 <input type="checkbox"/> その他()			
主な職歴 ※基準日： 平成30年7月1日 ※現在勤務する施設 や事業所での経験 年数も含む	勤務先	期間	従事期間	職務内容
		年 月～ 年 月	年 月	
		年 月～ 年 月	年 月	
		年 月～ 年 月	年 月	
		年 月～ 年 月	年 月	
		年 月～ 30年 7月	年 月	
	◆高齢者介護実務年数		合計	年 月
◆うち認知症介護に関する介護実務年数		合計	年 月	

※この受講申込書に記載された個人情報は、本研修実施に関する目的以外では使用いたしません。