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29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

職種および職務内容 ※該当するすべてにチェックしてください	□医師　□看護師・准看護師　□社会福祉士 □介護福祉士　□訪問介護員　□介護支援専門員 □介護職員　□代表者　□管理者 □サービス提供責任者　□計画作成担当者　□生活相談員 □その他（　　）
サービス種別	□介護老人福祉施設　□介護老人保健施設　□介護療養型医療施設 □訪問介護　□訪問介護　□通所看護　□通所リハビリテーション □短期入所生活介護　□居宅介護支援　□特定施設入居者生活介護 □夜間対応型訪問介護　□認知症対応型通所介護　□小規模多機能型居宅介護 □認知症対応型共同生活介護施設　□その他（　　）

主な職歴
※基準日：
平成29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　ヶ月	
	年　月～　年　月	年　ヶ月	
	年　月～　年　月	年　ヶ月	
	年　月～　年　月	年　ヶ月	
	年　月～ 29年 7月	年　ヶ月	

◆高齢者介護実務年数
合計　　年　ヶ月

◆うち認知症介護に関する介護実務年数
合計　　年　ヶ月

※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。