

様式 1-2 号 (第 5 条関係)

(※2 枚目もあります)

令和 年 月 日

社会医療法人北九州病院

理事長 佐多 竹良 様

申 込 者 氏 名

住 所 :

法 人 名 :

事業所名 :

代表者名 :

電話番号 :

担当者名 :

印

令和元年度 認知症介護実践リーダー研修受講申込書

※修了証書作成のため、氏名は楷書で、はっきりと記載して下さい。(「高」を「高」など略さないでください。)

フリガナ		生年 月 日	<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 西暦	年 月 日
受講希望者氏名				
認知症介護実践者研修 (旧基礎課程) 修了年月日		令和	年	月 日
職種 ※該当するもの全てに チェックしてください	<input type="checkbox"/> 介護職員 <input type="checkbox"/> 計画作成担当者 <input type="checkbox"/> 代表者	<input type="checkbox"/> 管理者 <input type="checkbox"/> 介護支援専門員 <input type="checkbox"/> その他 ()	<input type="checkbox"/> サービス提供責任者 <input type="checkbox"/> 生活相談員・支援相談員	
資格 ※該当するもの全てに チェックしてください	<input type="checkbox"/> 医師 <input type="checkbox"/> 訪問介護員 (ヘルパー 級) <input type="checkbox"/> その他 ()	<input type="checkbox"/> 看護師・准看護師 <input type="checkbox"/> 社会福祉士 <input type="checkbox"/> 介護支援専門員	<input type="checkbox"/> 介護福祉士 <input type="checkbox"/> 初任者研修	
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"/> 介護医療院 <input type="checkbox"/> 訪問介護 <input type="checkbox"/> 訪問看護 <input type="checkbox"/> 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"/> 夜間対応型訪問介護 <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 ()			
介護保険施設・事業所 等従事年数	年 月	※基準日：令和元年10月1日 ※介護保険施設・事業所等に所属し、従事した 通算年数を記入 ※2枚目に従事履歴を記入 (現事業所も含む)		

※認知症介護実践者研修(旧基礎課程)修了証書の写しを必ず添付してください。

上記に掲載された個人情報、本研修実施に関する目的以外での利用はいたしません。

2 枚目

受講希望者氏名 _____

介護保険施設・事業所等の従事履歴（現事業所等も含む）			
所属事業所 （所在区）	従事期間	通算期間	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～ 年 月	年 ヶ月	
()	年 月～ 元年 9月	年 ヶ月	

認知症介護実践リーダー研修受講希望理由

上記に掲載された個人情報、本研修実施に関する目的以外での利用はいたしません。