

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

令和4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 |
| | | E-mail(オンライン用) / | | |
| 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"/> 訪問看護 <input type="checkbox"/> 訪問介護 <input type="checkbox"/> 訪問リハビリテーション <input type="checkbox"/> 通所介護 <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 <small>※該当するすべてに チェックしてください</small> | <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 <small>※該当するすべてに チェックしてください</small> | <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(ヘルパー 級) <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"/> 介護職員実務者研修 <input type="checkbox"/> 介護職員初任者研修 <input type="checkbox"/> 認知症介護基礎研修受講 | | | |
| 主な職歴 <small>※基準日: 令和4年6月1日 ※現在勤務する施設 や事業所での経験 年数も含む</small> | 勤務先名 | 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～令和4年6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 | |

認知症介護実践者研修受講理由

※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。