

平成 25 年度認知症介護実践研修 (実践リーダー研修) 受講申込書

平成 年 月 日

一般社団法人静岡県介護福祉士会

会長 前田 万正 様

所在地 (〒 —)

法人名

事業所名称

代表者 職・氏名

職印

| | | | | |
|----------|------|--|-------------|--|
| 所属施設・事業所 | 名称 | | 施設又はサービスの種類 | |
| | 電話番号 | | FAX 番号 | |
| | 特記事項 | | 担当者 | |

※申込者多数のときの選考の参考とするので、特記事項がある場合は記入してください。

(例えば新規のショート開設など。)

※<優先順位 第__位> 受講希望者が複数の場合は、希望者ごとに申込書を作成し、左記に優先順位を記入して下さい。

| | | | | |
|---|--|-------------|---------------------------------------|-----------|
| 受講希望者の状況 | ふりがな氏名 | | 自宅住所 | |
| | ※ 希望会場に○をつけて下さい。 () 中部会場 ・ () 東部会場 | | | |
| | 会員 (No.22-) ・ 非会員 () | | 性別 | 男 ・ 女 |
| | 生年月日 | 昭和 平成 年 月 日 | | 現在の職種保有資格 |
| | 研修受講履歴 (いずれかに○を付す) ※ 修了証書の写しを添付してください。 | | 高齢者介護実務経験 (申込み日現在) ※ 直近のものから記載してください。 | |
| | ア 平成 17 年度以降に実施した認知症介護実践研修 (実践者研修) 修了 | | (施設名) | (年数) |
| | イ 平成 13 年度以降に実施した痴呆介護実務者研修 (基礎課程) 修了 | | (施設名) | (年数) |
| ウ 平成 12 年度以前に実施した痴呆性老人処遇技術研修修了 | | (施設名) | (年数) | |
| エ 日本認知症グループホーム協会が実施した痴呆介護実務者研修 (基礎課程) 又は認知症介護実践研修 (実践者研修) 修了若しくは全国老人福祉施設協議会が実施した認知症介護実践研修 (実践者研修) | | (施設名) | (年数) | |
| オ 平成 21 又は 22 年度社団法人日本介護福祉士会静岡県支部実施の介護福祉士ファーストステップ研修修了 | | | (合計年数) | |