



令和4年度 岩手県認知症介護実践リーダー研修受講申込書

令和 年 月 日

公益財団法人いきいき岩手支援財団理事長 様

法人名

施設・事業所名

施設・事業所長
職・氏名

連絡担当者
職・氏名

TEL

FAX

標記研修について、下記のとおり受講を申込みます。

また、本研修受講者の自施設実習については、研修であることを施設・事業所全体で理解し、受講者の設定課題の達成のため、必要な協力及び配慮することを約束します。

所属事業所名		事業所番号	0	3											
事業所住所	〒	TEL													
		FAX													
事業所種別 (1つに☑)	<input type="checkbox"/> 1 介護老人福祉施設 <input type="checkbox"/> 2 介護老人保健施設 <input type="checkbox"/> 3 介護療養型医療施設・介護医療院 <input type="checkbox"/> 4 訪問介護 <input type="checkbox"/> 5 通所介護 <input type="checkbox"/> 6 通所リハビリテーション <input type="checkbox"/> 7 短期入所生活介護 <input type="checkbox"/> 8 特定施設入居者生活介護 <input type="checkbox"/> 9 地域密着型通所介護 <input type="checkbox"/> 10 認知症対応型通所介護 <input type="checkbox"/> 11 小規模多機能型居宅介護 <input type="checkbox"/> 12 認知症対応型共同生活介護 <input type="checkbox"/> 13 地域密着型特定施設入居者生活介護 <input type="checkbox"/> 14 地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護 <input type="checkbox"/> 15 看護小規模多機能型居宅介護 <input type="checkbox"/> 16 その他()														

ふりがな		性別	<input type="checkbox"/> 男 ・ <input type="checkbox"/> 女	
受講希望者 氏名		生年月日	<input type="checkbox"/> 昭和・ <input type="checkbox"/> 平成	年 月 日
職名		所有資格		
介護実務経験 (令和4年4月末現在)	通 算 : 年 月		※ 通算5年以上の方が対象です。介護業務と一体的に行われる看護業務を含みます。	
	(うち実践者研修修了後: 年 月)			
認知症介護実践者研修 修了年月日	修了証書番号【第 号】 <input type="checkbox"/> 平成・ <input type="checkbox"/> 令和 年 月 日 ※ 修了証書の写しを必ず添付してください。			

※ 修了証書に記載しますので、氏名の漢字及び生年月日は正確にご記入ください。

<p>【確認1】 該当する場合は☑及び記入 ※ ☑がある場合のお申込み先は、市町村の介護保険担当課です。</p> <p><input type="checkbox"/> 指定要件(認知症対応型共同生活介護事業所の短期利用)に係る申込み →利用開始時期: 令和 年 月、事業所名: _____</p> <p>【通信欄】 通知文書送付先が所属事業所と異なる場合は、こちらにご記入ください。 また、身体障がい等のため、受講時における配慮を希望される場合もご記入願います。</p>
--

申込締切: 令和4年5月20日(金)必着