**認定介護福祉士養成研修（第３期）　受講申込書**No

記入日　　　令和 　 年　　　月　　　日

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| ふりがな |  | 生　年　月　日 |
| 氏　　名 |  | 昭和　・　平成　　　　年 　　月　　　日　生　　　　　　　　　　　　　（　　　）歳 |
| 自宅住所 | 〒（　　　―　　　　） | 性　別 |
|  | 男性　　　女性 |
| 区　　分 |
| 昼間つながる電話番号 |  | 会員No（　　　　　　　　　）非会員 |
| 勤務先情報 | 名称 |  | 職種 |  |
| 住所 | 〒（　　　－　　　） |
|  |
| 電話番号 |  | FAX番号 |  |
| 以下の記載方法* 現在、認定介護福祉士養成研修を受講している方は①のみを記入して下さい。
 |
| ①受講希望科目について※受講希望科目に○をつけてください |  | 疾病・障害のある人への生活支援・連携Ⅲ（2日） |
|  | 地域に対するプログラムの企画（2日） |
|  | 介護サービスの特性と求められるリーダーシップ、人的資源の管理（1日） |
|  | チームマネジメント（2日） |
|  | 介護分野の人材育成と学習支援（1日） |
|  | 介護業務の標準化と質の管理（2日） |
|  | 法令理解と組織運営（1日） |
|  | 応用的生活支援の展開と指導（2日） |
|  | 地域における介護実践の展開（3日） |
| ②介護福祉士の登録について | 登録年月 | 　　　　　　年　　　月　　　日 |
| 登録番号 | 第　　　　　　　　―　　　　　　　　号 |
| □　修了 | 修了日／　　平成　　　年　　　　月　　　日　修了見込み　平成　　　年　　　　月　　　日 |
| ③介護福祉士ファーストステップ研修について※修了、未修了の該当欄にレ点をして下さい。 | 未修了 | ※ファーストステップ研修修了者が基本ですが、科目によっては、修了者でなくても受講できます。（受講要件を確認） |
| * 修了
 | 　修了日／　平成　　　年　　　月　　　日 |
| ④動機 |  |