令和3年度　認知症介護実践研修（実践者研修）**受講申込書**

　　　　記載日　令和　　　年　　　月　　　日

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **所属先の情報に関する事項** | | | | | |
| 法人名 |  | | | 種別 | |
| 1 介護老人福祉施設　2 介護老人保健施設  3 訪問介護事業所　　4 通所介護事業所  5 その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　） | |
| 施設・  事業所名称 |  | | |
| 代表者名 | 公印 | | |
| ※所属長による受講者の推薦理由を記載下さい |  | | | | |
| 決定通知書  送付先 | （〒　　　　－　　　） | | | 担当者氏名 | |
|  | | |  | |
| TEL |  | | FAX |  | |
| E-mail | 研修開催について緊急のお知らせがある場合、メール連絡する場合があります。必ずご記入ください。 | | | | |
| **受講者情報に関する事項**  ※複数名申込みの場合　優先順位を記載して下さい　　（　　　）番 | | | | | |
|  |
| ふりがな |  | | 生　年　月　日 | | |
| 氏　　名 |  | | 昭和　・　平成　　　　年 　　月　　　日　生  　　　　　　　　　　　（　　　）歳 | | |
| 住　　所 | 〒（　　　―　　　　） | | | | 電話番号（昼間つながる番号） |
|  | | | |  |
| 受講希望会場  ※1会場のみ | □浜松会場　　　　□三島会場  　□静岡会場 | | | | 性　別 |
| 男性　　　女性 |
| 保有資格 | 1 介護福祉士　　　2 実務者研修修了　　　3 介護職員初任者研修修了　　　4　看護師  5　資格なし　　　　6その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | | | |
| 介護実務経験年数 | （　　）年（　　）ヶ月 | 職　種 | | |  |
| 会員の区分 | □ 会員　（No220－　　　　　　 　）　　　 　□　非会員  ※本研修から入会される場合、申請中と記載下さい。入会申込書を送付いたします。 | | | | |
| ※受講動機を  記入して下さい  本  （ |  | | | | |