令和4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 | **研修についてお知らせ等、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（　 | 　 |