

受講希望順位	
--------	--

研修受講申込書 (認知症介護実践リーダー研修用)

年 月 日

一般社団法人宮崎県介護福祉士会長 殿

(所属事業所等の長)
職・氏名

次の者について、年度認知症介護実践リーダー研修を受講させたいので、次のとおり申込みます。なお、認知症介護の実務経験については、下記のとおりです。

(ふりがな)		男	(〒 -)	
受講者氏名		女	住 所	
生年月日	昭和・平成 年 月 日		電話	
所 属 施 設 ・ 事 業 所 の 状 況				
法人名		施設の種類	GH 小多機 特養 老健 その他()	
施設・事業所名				
施設・事業所の住所	(〒 -)		担当者名	
			電話	
			FAX	
受 講 者 の 資 格 等				
国家資格等 (該当する資格等に0を)	社会福祉士・介護福祉士・看護師・准看護師・介護支援専門員・ヘルパー()級・ その他の資格(資格名:)			
研修受講歴 (修了年月日を記入する。)	認知症介護実践者研修【修了年月日: 】 ※リーダー研修を受講するには、実践者研修を修了していることが必須となります。			
認知症介護 の実務経験 主な職歴を 5年以上記載	期 間	通算期間	勤務先	職務内容
	年 月 ~ 年 月	年 月		
	年 月 ~ 年 月	年 月		
	年 月 ~ 年 月	年 月		
	年 月 ~ 年 月	年 月		
計 年 月の実務経験		※ 行不足の場合は別紙添付		

- ※ 同一事業所(法人)で複数名希望する場合は、受講希望順位の欄に優先順位を記入してください。
- ※ 受講希望理由について、裏面の様式3(その2)に所定の事項を記入してください。
- ※ 裏面も必ず記載してください。

受講希望理由等調査票

受講理由等（※該当する理由の番号を○で囲んでください。）

- 1 受講者の希望
- 2 現在指定基準を満たしていない
- 3 研修修了者が退職予定（退職時期： 年 月）
- 4 研修修了者が法人内異動予定（異動時期： 年 月）
- 5 認知症ケア加算
- 6 その他

※ 受講者選定の参考にするため、上記1～6の状況について、具体的に記載してください。
記載のない場合は、指定基準上の事情はないものと判断します。

