

受講希望順位	
--------	--

研修受講申込書(認知症介護実践者研修用)

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者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。

受講者氏名	(ふりがな)	男 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 認知症 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:)			
認知症介護 の実務経験 主な職歴を 2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
研修受講歴 (修了済みの研修を ○囲み、修了年月 日を記入する。)	1 痴呆介護実務者研修(基礎課程)【修了年月日: 】 2 痴呆介護実務者研修(専門課程)【修了年月日: 】 3 その他【研修名: 】			
受講希望の地区及び研修日程				
希 望	開催地区	研 修 日 程		
第1希望		第 回 (年 月 日 ~ 年 月 日)		
第2希望		第 回 (年 月 日 ~ 年 月 日)		
第3希望		第 回 (年 月 日 ~ 年 月 日)		

- ※ 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2(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 新規開設（開設時期： 年 月、開設場所： ）
- 6 今年度の認知症対応型サービス事業管理者研修受講を希望するが、実践者研修が未修了のため
- 7 今年度の小規模多機能型サービス等計画作成担当者研修受講を希望するが、実践者研修が未修了のため
- 8 その他

※ 受講者選定の参考にするため、上記1～8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。