令和７年度　第1回認知症介護実践リーダー研修　受講申し込み用紙

* 必ずワードで作成してください。

申込事業者情報

|  |  |
| --- | --- |
| 事業所名 |  |
| 事業所種別 |  |
| 事業所住所 |  |
| 事業所電話番号 |  |
| 連絡用  メールアドレス |  |
| 申込担当者 |  |

受講者情報

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| フリガナ |  | | |
| 氏名 |  | | |
| 生年月日 | 昭和　・　平成　　　　　　　年　　　　　　　　月　　　　　　日　　　（　　　　　　　　歳） | | |
| 職種 | 管理者　・　介護士（介護福祉士含む）　・　看護師（准看護士含む）　・　生活相談員  介護支援専門員　・　PT　・　OT　・　ST　・　その他（　　　　　　　　　　　　　） | | |
| 認知症介護  実務経験年数 | 年　　　　　　ヶ月 | 雇用形態 | 常勤　・　非常勤 |
| 現在の状況 | 介護業務に従事している（　　　　　時間／週）　・　介護業務に従事していない | | |
| 受講要件  **該当するものにどちらかひとつに〇をつけてください。** | A　：　認知症介護実践者研修（旧基礎課程）修了者（令和6年5月14日以前のもの）  添付資料⇒認知症介護実践者研修修了証 | | |
| B　：　介護福祉士資格を取得した日から起算して10年以上、かつ、1,800日以上の実務経験を有する者  添付資料：介護福祉士資格証明書、介護福祉士資格取得後の実務経験証明書 | | |
| * 認知症介護実践者研修を令和6年5月14日以前に修了していない方はBとなります。 * A,B双方に該当しない場合は申し込みできません。 | | |

* 申し込みは事業所につき1名となります。
* 認知症介護実務経験年数は、介護業務に従事した年数を記載してください。
* 受講決定等の通知は記載事業所宛に送付します。誤字脱字等ないよう記入してください。
* 未記載等があった場合は、受付できません。