

<記入例>

平成〇〇年△△月〇日

北九州市長 様

代表者の職印を使用してください。
忘れずに担当者も記入してください。

申込者 〒800-0000
住所: 北九州市小倉南区〇〇一丁目△△一〇
法人名: 社会福祉法人 〇〇会
事業所名: 介護老人保健施設 〇〇
代表者名: 理事長 △△ 〇〇
電話番号: 093-〇〇〇-〇〇〇〇
担当者名: 小倉 花子



平成 年度 第 期 認知症介護基礎研修受講申込書

※修了証書作成のため、氏名は楷書で、はっきりと記載して下さい。(「高」を「高」など略さないでください。)

フリガナ	ケンシュウ サブロウ	生年	<input type="checkbox"/> 昭和
受講希望者氏名	研修 三郎	月日	<input checked="" type="checkbox"/> 平成 〇〇年△月□□日
職種 (該当するもの全てにチェックしてください)	<input checked="" type="checkbox"/> 介護職員 <input type="checkbox"/> 管理者 <input type="checkbox"/> サービス提供責任者 <input type="checkbox"/> 代表者 <input type="checkbox"/> 生活相談員・支援相談員 <input type="checkbox"/> 計画作成担当者 <input type="checkbox"/> 介護支援専門員 <input type="checkbox"/> その他 ()		
資格 (該当するもの全てにチェックしてください)	<input type="checkbox"/> 医師 <input type="checkbox"/> 看護師・准看護師 <input type="checkbox"/> 社会福祉士 <input type="checkbox"/> 介護福祉士 <input type="checkbox"/> 介護支援専門員 <input type="checkbox"/> 訪問介護員 (ヘルパー 級) <input type="checkbox"/> その他 ()		
サービス種別	<input type="checkbox"/> 介護老人福祉施設 <input checked="" type="checkbox"/> 介護老人保健施設 <input type="checkbox"/> 介護療養型医療施設 <input type="checkbox"/> 訪問看護 <input type="checkbox"/> 通所介護 <input type="checkbox"/> 地域密着型通所介護 <input type="checkbox"/> 通所リハビリテーション <input type="checkbox"/> 短期入所生活介護 <input type="checkbox"/> 短期入所療養介護 <input type="checkbox"/> 居宅介護支援 <input type="checkbox"/> 特定施設入居者生活介護 <input type="checkbox"/> 認知症対応型通所介護 <input type="checkbox"/> 認知症対応型小規模多機能型居宅介護 <input type="checkbox"/> その他 ()		
身体介護実務年数	年 8ヶ月	※基準日:平成 年 月 日	
うち認知症介護に関する介護実務年数	年 8ヶ月	※事業所等に所属し、従事した通算年数を記入	

現在の職種に
チェックしてくだ
さい。

現在勤務している
サービス種別にチエ
ックしてください。

認知症介護基礎研修受講希望理由

※研修申込みに至った理由を必ず
記入してください。

上記に掲載された個人情報、本研修実施に関する目的以外での利用はいたしません。