様式１－２号（第５条関係）　　（※裏面もあります）

平成　　年　　月　　日

北九州市長　様

申 込 者　　〒
住　　所：
法 人 名：
事業所名：　　印
代表者名：
電話番号：
担当者名：

平成２９年度 認知症介護実践リーダー研修受講申込書

※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。（「髙」を「高」など略さないでください。）

フリガナ		生年月日	□昭和 □平成　　年　　月　　日 □西暦
受講希望者氏名			
認知症介護実践者研修（旧基礎課程）修了年月日		平成　　年　　月　　日	
職種 ※該当するもの全てにチェックしてください	□介護職員　□管理者　□サービス提供責任者 □計画作成担当者　□介護支援専門員　□生活相談員・支援相談員 □代表者　□その他（　　）		
資格 ※該当するもの全てにチェックしてください	□医師　□看護師・准看護師　□社会福祉士　□介護福祉士 □訪問介護員（ヘルパー　　級）　□介護支援専門員 □その他（　　）		
サービス種別	□ 介護老人福祉施設　□ 介護老人保健施設　□ 介護療養型医療施設　□ 訪問介護 □ 訪問看護　□ 通所介護　□地域密着型通所介護　□ 通所リハビリテーション □ 短期入所生活介護　□ 短期入所療養介護　□ 居宅介護支援 □ 特定施設入居者生活介護　□ 認知症対応型通所介護　□ 認知症対応型共同生活介護 □ 小規模多機能型居宅介護　□ その他（　　）		
介護保険施設・事業所等従事年数	年　　ヶ月	※基準日：平成２９年９月１日 ※介護保険施設・事業所等に所属し、従事した通算年数を記入 ※裏面に従事履歴を記入（現事業所も含む）	

※認知症介護実践者研修（旧基礎課程）修了証書の写しを必ず添付してください。

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

裏面

受講希望者氏名 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

介護保険施設・事業所等の従事履歴（現事業所等も含む）			
所属事業所 （所在区）	従事期間	通算期間	職務内容
（　　）	年　月～　年　月	年　ヶ月	
（　　）	年　月～　年　月	年　ヶ月	
（　　）	年　月～　年　月	年　ヶ月	
（　　）	年　月～　年　月	年　ヶ月	
（　　）	年　月～　年　月	年　ヶ月	
（　　）	年　月～29年8月	年　ヶ月	
介護保険施設・事業所等従事期間の合計 （※育休期間等、実務に従事していない期間は除いてください）		年　ヶ月	

認知症介護実践リーダー研修受講希望理由＜受講の優先度を考慮するため必ずご記入ください。＞

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