

(第1号様式)

様

千葉県認知症介護実践研修（実践者研修）受講申請書

研修回数	年度第	回					
ふりがな			生年月日				
氏名			<input type="checkbox"/> 昭和	年	月	日	歳
			<input type="checkbox"/> 平成				
保有資格	<input type="checkbox"/> 介護福祉士 <input type="checkbox"/> 社会福祉士 <input type="checkbox"/> 介護支援専門員 <input type="checkbox"/> 訪問介護員 <input type="checkbox"/> 保健師・看護師・准看護師 <input type="checkbox"/> その他 () <input type="checkbox"/> 保有資格無 (基礎研修修了年月 年 月)						
職 種	<input type="checkbox"/> 介護職員 <input type="checkbox"/> 看護職員 <input type="checkbox"/> 生活相談員 <input type="checkbox"/> 計画作成者 <input type="checkbox"/> ケアマネージャー <input type="checkbox"/> その他 ()			身体介護業務 通算経験年数	年		
勤務先	法人名						
	施設・事業所名						
	所在地 (送付先)	〒	千葉県				
	電話番号		F A X 番号				
連絡先	事務担当者名		電話番号				
	メールアドレス						
事業所の種類	<input type="checkbox"/> 介護老人福祉施設（特別養護老人ホーム） <input type="checkbox"/> 介護老人保健施設 <input type="checkbox"/> 介護医療院 <input type="checkbox"/> 訪問介護 <input type="checkbox"/> 訪問看護 <input type="checkbox"/> 通所介護 <input type="checkbox"/> 通所リハビリ <input type="checkbox"/> 地域密着型（介護予防）サービス事業所（いずれかに○） （通所・認知症対応型通所・小多機・グループホーム・看多機・その他） <input type="checkbox"/> その他 ()						
受講目的 (複数選択可)	<input type="checkbox"/> 地域密着型（介護予防）サービス事業所の計画作成者になるため <input type="checkbox"/> 地域密着型（介護予防）サービス事業所を新規開設するため ※事業所の新規開設予定日 年 月 <input type="checkbox"/> 認知症介護実践リーダー研修の受講を希望するため <input type="checkbox"/> 認知症対応型サービス事業管理者研修の受講を希望するため <input type="checkbox"/> 小規模多機能型サービス等計画作成担当者研修の受講を希望するため <input type="checkbox"/> 認知症介護指導者養成研修の受講を希望するため <input type="checkbox"/> 自分のスキルアップのため <input type="checkbox"/> 上司に受けるように薦められたため <input type="checkbox"/> 施設・事業所で加算を取得するため <input type="checkbox"/> その他 ()						
上記の者を、千葉県認知症介護実践者研修の受講希望者として、申請します。							
施設・事業所長名 _____							