（第２号様式）

様

千葉県認知症介護実践研修（実践リーダー研修）受講申請書

<table>
<tr><td>研修次数</td><td colspan="4">年度</td></tr>
<tr><td>ふりがな</td><td></td><td colspan="3">生年月日</td></tr>
<tr><td>氏名</td><td></td><td colspan="3">□ 昭和
□ 平成　　年　　月　　日　　歳</td></tr>
<tr><td>保有資格</td><td colspan="4">□ 介護福祉士　□ 社会福祉士　□ 介護支援専門員　□ 訪問介護員
□ 保健師・看護師・准看護師　□ その他（　　）
□ 保有資格無（基礎研修修了年月　　年　　月）</td></tr>
<tr><td>職　種</td><td colspan="2">□ 介護職員　□ 看護職員　□ 生活相談員　□ 計画作成者
□ ケアマネージャー　□ その他（　　）</td><td>身体介護業務
通算経験年数</td><td>年</td></tr>
<tr><td>実践者研修修了の有無</td><td colspan="4">□ 有（　　年度修了）→認知症介護実践者研修修了証の写し添付
□ 無（介護実務経験日数　　日）→介護福祉士登録証の写しと実務経験確認書を添付</td></tr>
<tr><td rowspan="4">勤務先</td><td>法人名</td><td colspan="3"></td></tr>
<tr><td>施設・事業所名</td><td colspan="3"></td></tr>
<tr><td>所在地
（送付先）</td><td colspan="3">〒
千葉県</td></tr>
<tr><td>電話番号</td><td></td><td>ＦＡＸ番号</td><td></td></tr>
<tr><td rowspan="2">連絡先</td><td>事務担当者名</td><td></td><td>電話番号</td><td></td></tr>
<tr><td>メールアドレス</td><td colspan="3"></td></tr>
<tr><td>事業所の種類</td><td colspan="4">□ 介護老人福祉施設（特別養護老人ホーム）　□ 介護老人保健施設　□ 介護医療院
□ 訪問介護　□ 訪問看護　□ 通所介護　□ 通所リハビリ
□ 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）
□ その他（　　）</td></tr>
<tr><td>受講目的
（複数選択可）</td><td colspan="4">□ 指定（介護予防）認知症対応型共同生活介護事業所（グループホーム）で、短期利用認知症対応型共同生活介護の事業を行うため
□ 指定（介護予防）認知症対応型共同生活介護事業所（グループホーム）を新規開設するため　※事業所の新規開設予定日　　年　　月
□ 認知症介護指導者養成研修の受講を希望するため
□ 自分のスキルアップのため
□ 上司に受けるように薦められたため
□ 施設・事業所で加算を取得するため
□ その他　（　　）</td></tr>
<tr><td colspan="5">上記の者を、千葉県認知症介護実践リーダー研修の受講希望者として、申請します。

施設・事業所長名　　</td></tr>
</table>