

様

研修次数	年度						
ふりがな				生年月日			
氏名				☐ 昭和 年 月 日 歳 ☐ 平成			
保有資格	☐ 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）						
職 種	☐ 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（ ）			身体介護業務 通算経験年数		年	
実践者研修修了の有無	☐ 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						
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			FAX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	☐ 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（ ）						
受講目的 （複数選択可）	☐ 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（ ）						
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 _____							