（第１号様式）

千葉県知事　　様

記載例（地域密着型以外の事業所の場合）

千葉県認知症介護実践研修（実践者研修）受講申請書

氏名と生年月日は修了証書に印刷されるので間違いがないようにしてください。

研修次数	令和　年度第　回		
ふりがな	ちば　たろう	生年月日	
氏名	千葉　太郎	☐昭和 ☑平成 9 年 4 月 20 日 27 歳	
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	5 年
勤務先	法人名	社会福祉法人〇〇会	
	設・事業所名	特別養護老人ホーム〇〇苑	
	所在地（送付先）	〒　〇〇〇－〇〇〇〇 千葉県　〇〇市～	
	電話番号	〇〇〇－〇〇〇－〇〇〇〇	ＦＡＸ番号　〇〇〇－〇〇〇－〇〇〇〇
連絡先	事務担当者名	事務　鈴木	電話番号　〇〇〇－〇〇〇－〇〇〇〇
	メールアドレス	△△@◆◆. co. jp	
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（いずれかに〇） （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）	☐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 ☐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 ☐認知症介護実践リーダー研修の受講を希望するため ☐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 ☐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 ☐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者研修の受講希望者として、申請します。

施設・事業所長名　　認知　症太郎

チェックボックスには、当てはまるものにチェックを入れてください。

高さを揃えてください。
※O（オー）と０（ゼロ）に注意
※小文字と大文字の区別をしっかりつけてください。

資料送付、ZOOMアカウント送付等に使用します。
勤務先か個人の連絡先、どちらかを御記入ください。