

(様式1-1)

千葉県認知症介護実践研修受講申請書

【介護保険施設・事業者等の長提出用】

千葉県知事様

【施設・事業所等所在地】〒

【種別】 (特養・有料・軽費) 老人ホーム・老健・介護療養型・介護医療院

(○を付すこと) 訪問介護・デイ・通所リハ・その他

【法人名】

【施設・事業所名】

【施設・事業所長名】

【連絡先の施設・事業所担当者名】

【電話番号】

【FAX 番号】

【Email アドレス】

千葉県認知症介護※（実践者・実践リーダー）研修の受講希望者を、次のとおり推薦します。
※実践者・実践リーダーのいずれかに必ず○を付すこと。

(フリガナ) 氏名 (生年月日)	性別 年齢 歳	職種	実践者研修 修了年度 (有・無に○を 付す) ※1、3	身体介護に関する資格等の有無 (有・無に○を 付す) ※2、3	身体介護 業務の 通算経験 年数	備考
()	男・女 歳		有 (年度) 無	有 () 無	年	
	住 所					

- ※1 実践リーダー研修を申し込む際は必ず記入してください。旧「痴呆介護実務者研修」（基礎課程）も含みます。
- ※2 資格等有の場合は、() 内に資格等の種類（介護福祉士、ホームヘルパー ○級、○○研修修了等）を記載してください。
- ※3 実践者研修未修了の方で、実践リーダー研修を申し込む際は、実践者研修修了年度の有無欄の「無」に○をし、様式1-6の実務経験確認書の記入、かつ、身体介護に関する資格の有無欄の「有」に○をし、介護福祉士登録証の写し（コピー）の添付をお願いします。