（様式１）

令和２年度　広島県認知症介護実践研修（実践者研修）受講申込書

申込者　法人の主たる事務所の所在地

〒

法人の名称及び代表者の職氏名

受講希望する回	第　　回	申込日　令和　　年　　月　　日

フリガナ		男・女	生年月日	昭和・平成　　年　　月　　日
受講希望者氏名				
資格 該当する番号にすべて○をしてください	1 医師　2 保健師　3 助産師　4 看護師　5 准看護師 6 理学療法士　7 作業療法士　8 社会福祉士　9 介護福祉士　10 言語聴覚士 11 精神保健福祉士　12 介護支援専門員（ケアマネジャー）　13 訪問介護員（ホームヘルパー） 14 その他（　　）　15 なし			
介護・看護業務の通算経験年数	年　　月	内：認知症介護の通算経験年数	年　　月	
◎注意：現職場だけではなく通算経験年数となります。必ず受講者本人にご確認のうえ記入してください。				
認知症介護基礎研修（※2）　該当する番号に○をしてください	1 未受講　・　2 受講済			

所属先事業所等	種　別 該当する番号に○をしてください	1 介護老人福祉施設　2 介護老人保健施設　3 介護療養型医療施設 4 訪問介護事業所　5 通所介護事業所　6 居宅介護支援事業所 7 認知症グループホーム　8 小規模多機能型居宅介護　9 認知症対応型通所介護 10 地域密着型通所介護　11 地域密着型介護老人福祉施設　12 その他（　　）
	名　称	
	◎注意：必ず現在の所属先を記入してください。所属先が異なる場合は受講できない場合があります。	
	役職（※3）	
	住　所	〒
	連絡先	電話番号　　ＦＡＸ
	法人名	担当者

※（1）記入漏れがあった場合は受付できない場合があります。

（2）認知症介護基礎研修について

平成 28 年度より，認知症介護の基礎的な知識や技術を習得するために新たに創設された研修です。
本研修の受講要件ではありません。

（3）役職名は施設（法人）における役職名を記入してください。

役職名の記入例：施設長・事務長・介護主任・チームリーダー・サービス提供責任者
計画作成担当者・ケアマネジャー・介護職員・相談員・指導員・栄養士など

【個人情報の保護について】

（1）この受講申込書に記載された個人情報は，研修の目的のみに使用します。
なお，この研修の受講者名簿に名前・所属・職名を掲載します。

（2）この受講申込書は，研修終了後，適正な方法で廃棄します。

【申込書の提出先】

○**介護保険施設等に従事する者**（ＦＡＸ不可）

⇒　公益社団法人広島県介護福祉士会　事務局　〒732-0816 広島市南区比治山本町 12-2　TEL(082)-254-3016

○**地域密着型サービス事業所に従事する者**

⇒ 事業所が所在する市町の介護保険担当課

記入時参照

（様式１）

令和２年度　広島県認知症介護実践研修（実践者研修）受講申込書

記入もれがある場合、お電話で確認または再提出をしていただく場合があります。記入もれのないようにお願い致します。

申込者　法人の主たる事務所の所在地

〒

法人の名称及び代表者の職氏名

申込日　令和　　年　　月　　日

受講希望する回	第　　回			
フリガナ		男・女	生年月日	昭和・平成　　年　　月　　日
受講希望者氏名				
資格 該当する番号にすべて○をしてください	1 医師　2 保健師　3 助産師　4 看護師　5 准看護師 6 理学療法士　7 作業療法士　8 社会福祉士　9 介護福祉士　10 言語聴覚士 11 精神保健福祉士　12 介護支援専門員（ケアマネジャー）　13 訪問介護員（ホームヘルパー） 14 その他（　　）　15 なし			
介護・看護業務の通算経験年数	その他に該当される場合、具体的に記入をしてください。			年　　月
◎注意：　　ず受講者本人にご確認のうえ記入してください。				
認知症介護基礎研修（※2）　該当する番号に○をしてください	1 未受講　・　2 受講済			
所属先事業所等　種別 該当する番号に○をしてください	1 介護老人福祉施設　2 介護老人保健施設　3 介護療養型医療施設 4 訪問介護事業所　5 通所介護事業所　6 居宅介護支援事業所 7 認知症グループホーム　8 小規模多機能型居宅介護　9 認知症対応型通所介護 10 地域密着型通所介護　11 地域密着型介護老人福祉施設　12 その他（　　）			
名称	その他に該当される場合、具体的に記入をしてください。 ◎注意：必ず現在の所属先を記入してください。所属先が異なる場合は受講できない場合があります。			
役職（※3）				
住所	〒			
連絡先	電話番号		ＦＡＸ	
法人名	担当者の方と連絡が取れる番号をご記入ください。		担当者	受付窓口または受講者本人をご記入ください。

※（1）記入漏れがあった場合は

（2）認知症介護基礎研修について
平成 28 年度より，認知症介護の基礎的な知識や技術を習得するた
本研修の受講要件ではありません。

（3）役職名は施設（法人）における役職名を記入してください。
役職名の記入例：施設長・事務長・介護主任・チームリーダー・サービス提供責任者
計画作成担当者・ケアマネジャー・介護職員・相談員・指導員・栄養士など

【個人情報の保護について】

（1）この受講申込書に記載された個人情報は，研修の目的のみに使用します。
なお，この研修の受講者名簿に名前・所属・職名を掲載します。

（2）この受講申込書は，研修終了後，適正な方法で廃棄します。

【申込書の提出先】

○**介護保険施設等に従事する者**（ＦＡＸ不可）

⇒　公益社団法人広島県介護福祉士会　事務局　〒732-0816 広島市南区比治山本町 12-2　TEL(082)-254-3016

○**地域密着型サービス事業所に従事する者**

⇒ 事業所が所在する市町の介護保険担当課