

令和2年度 広島県認知症介護実践研修(実践リーダー研修)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

研修修了後は、広島県認知症介護アドバイザーとして活動することを承諾の上、認知症介護実践研修(実践リーダー研修)に申し込みます。

受講希望する回	第 回	申込日 令和 年 月 日			
フリガナ		男	生年月日	昭和	年 月 日生
受講希望者氏名		女		平成	
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。					
実践者研修等の 修了状況	実践者研修又は痴呆介護実務者研修(基礎課程)の修了年度			平成 年度	
	キャラバン・メイト養成講座修了の有無			有 ・ 無	
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				
	住所	〒			
	連絡先	電話番号		FAX	
	法人名			担当者	

※1 別紙「申込みに当たっての留意事項」を必ず参照してください。

※2 「実践者研修又は痴呆介護実務者研修(基礎課程)の修了証書の写し」を併せて提出してください。

