**令和３年度　認知症介護実践研修『実践者研修』　（第1回）　受講申込書**

**老施連認知症介護実践研修　実践者研修**

令和　　 年　 　月　 　日

公益社団法人広島市老人福祉施設連盟　会長 様

所 在 地

推薦者　　　法人または事業者名

代表者名

 　　 (理事長、施設長等)

**次の者の受講を申し込みます。　　　　　　　　　　　　　　　　　【同一法人・事業所内順位　　　　番】**

|  |  |
| --- | --- |
| **【受講者】**勤務先事業所名連　絡　先 | 【事業所名】 |
| 〒**E-Mail：　　　　　　　　@** |
| TEL：　　　　　　― | **FAX：　　　　　　―** |
| (フリガナ)受講希望者氏 名 |   | 生年月日　 昭和　・　平成　　　　　　　・　　　　　　　・ |
| ( 男　・　女 ) |
| 年　齢 （受講時） | 歳  |
| 資　　　格（複数回答可） | 1　ホームヘルパー　　　　　2　介護職員基礎研修修了　　　　　　　3　介護福祉士4　介護職員初任者研修修了　　　　5　介護支援専門員　　　　　　6　社会福祉士7　准看護師　　　　　　　　　8　看護師　　　　　　　　9なし10　その他医療・福祉等の資格（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 職　　　種（主なものに1つのみ） | 1　介護職員　・　ケアワーカー　　　2　介護主任　・　副主任　（ リーダー, 係長等）　　　3　ホームヘルパー　　　　4　サービス提供責任者　　　5　介護支援専門員6　計画作成担当者　　　 7　看護職員　　　　　8　生活相談員　　　9　管理者 ・ 施設長　10　その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 主な職歴(経験年数)**令和3年5月12日**を基準に新しいものから順にご記入ください。 | 期 間 | 勤 務 先(施設名) | 職務内容(例;寮母、相談員等) |
| 1　　　年　 月～　 年　 月 （ 　年　 ヵ月） |  |  |
| 2　　　年　 月～　 年　 月 （ 　年　 ヵ月） |  |  |
| 3　　　年　 月～　 年　 月 （ 　年　 ヵ月） |  |  |
| 4　　　年　 月～　 年　 月 （ 　年　 ヵ月） |  |  |
| 実務経験年数合計 （　 　　年　 　　ヵ月） 　**※2年以上の実務経験要** |
| アセスメント、ケアプラン作成の経験について | □ 有　・　□ 無　 □その他 （例）見たことはあるなど：　　　　　　　　　　　　　　　 　　　　　　　） |
| 認知症介護基礎研修修了の有無及び修了証書年月日 | □ 有　・　□ 無　　　　（修了証書年月日:　平成 ・令和　　 　年 　　　月　　 　日　） |
| ※中間指導の返却を正確に行うため、**事業所のFAX番号並びにE-Mail**は必ず記載してください。 |
| **【研修申込担当者】**事業所・住所等通知書送付　□☑のない物は勤務先に送付 | 【連絡先事業所名・住所】【担 当 者 名】【担当者連絡先】　　TEL（　　　　　）　　　　　　　－ |
| **所属事業所の種別**（複数のサービスに従事している場合は、主なもの１つのみ） | 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　小規模多機能型居宅介護　　　5　訪問介護　　6　通所介護　　7　認知症対応型通所介護　　　　　　　　　　8　認知症対応型共同生活介護　　9　特定施設入居者生活介護　　10　訪問看護11　訪問入浴　　12　通所リハビリテーション　13　短期入所生活介護　　14　短期入所療養介護15　福祉用具貸与　　16　看護小規模多機能型居宅介護　　17　その他（　　　　　　　　　　　　　　） |
| **今回研修を受講しなければならない理由等** | * 特にない
* 現に管理者又は計画作担当者である。
* 近く管理者又は計画作成担当者に就任予定である。
* 新規開設予定の事業所職員として配属予定である。（開設予定事業所名：　　　　　　　　　　　　）
* 職員の退職又は異動により、事業所に研修修了者が不在となる予定である。
* その他　（具体的かつ簡潔に記入）

[　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　] |

空欄に記入し、該当する項目に☑印、又は数字に○を付けてください。