|  |
| --- |
| 別紙様式１ |

令和７年度第２回認知症介護実践者研修（老施連）受講申込書

令和　　年　 月 　日

公益社団法人広島市老人福祉施設連盟　様

所 在 地

申込者 法 人 名

代表者名

次の者の受講を申し込みます。

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 受講申込者について | | | | |
| （ふりがな）  氏　　名 | （　　　　　　　　　　　　　　　） | 生年月日  (年齢) | 昭和・平成 年 　月 　日  (　　 　歳) | |
| 主な資格  （複数回答可） | □ 医師　　□ 保健師　　□ 助産師　　□ 看護師　　□ 准看護師　　□ 理学療法士  □ 作業療法士　　□ 社会福祉士　　□ 精神保健福祉士　　□ 介護福祉士  □ 精神保健福祉士　　□介護支援専門員　　□ その他（　　　　　　　　　　　　） | | | |
| 役職名 |  | | | |
| 主な職歴 | 認知症介護の実務経験（サービス種別・事業所名・職種名・期間を**新しいものから順に記入**） | | | |
| 1 | | | 年　 か月 |
| 2 | | | 年 　か月 |
| 3 | | | 年 　か月 |
| 実務経験年数合計（令和７年３月７日時点で記入） | | | 年　 か月 |
| 所属事業所について | | | | |
| 事業所名  【連絡先】 | 【事業所名】 | | | |
| 【連絡先】　〒　 －　　広島市　　 　　区　 　 　　町　　　丁目　　 　番　　 　号  TEL : 082 － － 　　　　FAX : 082 － －  　　　　　　Email : @ | | | |
| 研修申込み  の担当者 | 【担当者名】　　　　　　　　　　　　　（職名　　　　　　　　　）  【連絡先】 TEL　　　－　　　　－ | | | |
| 確　認　欄 | | | | |
| 【以下について、御理解・御了承いただきましたら、**全てに**チェックを入れてください。】  □ やむを得ない場合を除き、欠席、遅刻、早退は認めておりません。  □ 書類を提出する際は、提出期限など講師の指示に従ってください。  □ 職場のチーム全員で取り組む課題がありますので御協力をお願いします。  □ やむを得ない場合を除き、受講料は返金いたしません。  ※　「広島市認知症介護実践者研修お申込みに当たってのお願い」を御確認ください。 | | | | |

空欄に記入し、該当する項目に☑印を付けてください。