（様式１）

令和元年度　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 受講希望者氏名		男 ・ 女	生年月日	昭和 平成　　年　　月　　日生
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（ｹｱﾏﾈｼﾞｬｰ）13 訪問介護員（ﾎｰﾑﾍﾙﾊﾟｰ） 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。**