

令和4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 ・ 女 | 生年月日 | 昭和 年 月 日生 平成 | |
| 受講希望者氏名 | | | | | |
| 資格 <small>該当する番号にすべて ○をしてください</small> | 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 <small>該当する番号に○ をしてください</small> | 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。

記入時参照

(様式1)

令和4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

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をお願い致します。

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

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 ・ 女 | 生年月日 | 昭和 平成 | 年 月 日生 |
| 受講希望者氏名 | | | | | |
| 資格 <small>該当する番号にすべて○をしてください</small> | 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。 | | ：認知症介護 通算経年数 | 年 月 | |
| ◎注意:現職場だけではなく通算経年数となります。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 <small>該当する番号に○をしてください</small> | 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複数記入してください。 | | | |
| | 役職 | | | | |
| | 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 | | 者 | | |

※1 別紙「申込みに当たっての

※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」

をご記入ください。

受付窓口または、受講者本人をご記入ください。

広島県認知症介護実践研修(実践リーダー研修)の申込みに当たっての留意事項

1. 当該研修は、広島県認知症介護アドバイザー養成課程を兼ねており、当該研修修了者が、広島県認知症介護アドバイザーに認定され、アドバイザーとして活動することを本人及び所属先の施設長が同意していることを受講要件としていること。
2. 当該研修の受講条件として、実践者研修又は痴呆介護実務者研修（基礎課程）を修了した者で、実践者研修を修了し1年以上経過している者が対象となるので、受講申込書（様式1）を提出する際に「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すること。
3. その他
 - (1) 提出書類に記入漏れや添付書類の不備等があった場合は受付できない。
 - (2) 役職名の記入は、施設（法人）における役職名を必ず記入すること。

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
 - (3) 個人情報の保護について
 - ・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する。
 - ・この研修の受講者名簿には、名前・所属・職名を掲載する。
 - ・この受講申込書は、研修終了後、適正な方法で廃棄する。

申込書の提出先

- 介護保険施設等に従事する者
⇒ 一般社団法人広島県介護福祉士会（FAX不可）
〒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