

千葉県認知症介護実践研修受講申請書

【介護保険施設・事業者等の長提出用】

千葉県知事様

【施設・事業所等所在地】〒

【種別】 (特養・有料・軽費) 老人ホーム・老健・介護療養型・介護医療院

(○を付すこと) 訪問介護・デイ・通所リハ・その他

【法人名】

【施設・事業所名】

【施設・事業所長名】

【連絡先の施設・事業所担当者名】

【電話番号】

【FAX 番号】

【Email アドレス】

千葉県認知症介護※(実践者・実践リーダー)研修の受講希望者を、次のとおり推薦します。※実践者・実践リーダーのいずれかに必ず○を付すこと。

氏名 (フリガナ) (生年月日)	性別 ………… 年齢 歳	職種	実践者 研修 修了 年度 ※1	身体介護に関する資格等の有無 (有・無に○を付す) ※2	身体介護 業務の 通算経験 年数	備考
()	男・女 ………… 歳		年度	有() 無	年	
	住所					

※1 実践リーダー研修を申し込む際は必ず記入してください。旧「痴呆介護実務者研修」(基礎課程)も含まれます。

※2 資格等が有の場合は、()内に資格等の種類(介護福祉士, ホームヘルパー○級, ○○研修修了等)を記載する。

(様式1-2)

千葉県認知症介護実践研修受講申請書

【介護保険施設・事業者等の長提出用】

【グループホーム等用】

市町村長 様

【事業所等所在地】 〒

【法人名】

【事業所名】

【事業所長名】

【連絡先の施設・事業所担当者名】

【開設年月】 年 月

【電話番号】 【FAX 番号】

【Email アドレス】

千葉県認知症介護※（実践者・実践リーダー）研修の受講希望者を、次のとおり推薦します。※実践者・実践リーダーのいずれかに必ず○を付すこと。

フリガナ 氏名 (生年月日)	性別 ………… 年齢 歳	職種	実践者 研修 修了 年度 ※1	身体介護に関する資格等の有無 (有・無に○を付す) ※2	身体介護 業務の 通算経験 年数	備考
()	男・女 ………… 歳		年度	有() 無	年	
	住所					

※1 実践リーダー研修を申し込む際は必ず記入してください。旧「痴呆介護実務者研修」（基礎課程）も含みます。

※2 資格等が有の場合は、()内に資格等の種類（介護福祉士，ホームヘルパー ○級，○○研修修了等）を記載する。

(様式1-3)

千葉県認知症介護実践研修受講申請書

【市町村の長提出用】

【グループホーム等用】

千葉県知事様

市町村の長

【受講希望者の所属する施設・事業所等の概要】

施設・事業所等所在地	
法人名	
施設・事業所等名及び代表者名	
連絡先の施設・事業所担当者名	
電話番号 (FAX番号)	()
Email アドレス	

千葉県認知症介護※ (実践者・実践リーダー) 研修の受講希望者を、次のとおり推薦します。 ※実践者・実践リーダーのいずれかに必ず○を付すこと。

フリガナ 氏名 (生年月日)	性別 ………… 年齢 歳	職種	実践者 研修 修了 年度 ※1	身体介護に関する資格等の有無 (有・無に○を付す) ※2	身体介護 業務の 通算経験 年数	備考
()	男・女 ………… 歳		年度	有() 無	年	
	住所					

※1 実践リーダー研修を申し込む際は必ず記入してください。旧「痴呆介護実務者研修」(基礎課程)も含まれます。

※2 資格等が有の場合は、()内に資格等の種類(介護福祉士, ホームヘルパー○級, ○○研修修了等)を記載する。

(様式1-4)

千葉県認知症介護実践研修受講申請書

【介護保険施設・事業者等の長提出用】

【グループホーム等開設予定者用】

市町村長様

【事業所等所在地】〒

【法人名】

【事業所名】

【事業所長名】

【連絡先の施設・事業所担当者名】

【開設予定年月】 年 月

【電話番号】 【FAX 番号】

【Email アドレス】

千葉県認知症介護※（実践者・実践リーダー）研修の受講希望者を、次のとおり推薦します。※実践者・実践リーダーのいずれかに必ず○を付すこと。

フリガナ 氏名 (生年月日)	性別 ………… 年齢 歳	職種	実践者 研修 修了 年度 ※1	身体介護に関する資格等の有無 (有・無に○を付す) ※2	身体介護 業務の 通算経験 年数	備考
()	男・女 ………… 歳		年度	有() 無	年	
	住所					

※1 実践リーダー研修を申し込む際は必ず記入してください。旧「痴呆介護実務者研修」(基礎課程)も含まれます。

※2 資格等が有の場合は、()内に資格等の種類(介護福祉士、ホームヘルパー○級、○○研修修了等)を記載する。

開設予定者とは、グループホーム等の開設が具体的に進んでいる事業所を指します。したがって、単に将来的に開設を考えているような事業所は、具体的にになった段階での申込をお願いします。

(様式1-5)

千葉県認知症介護実践研修受講申請書

【市町村の長提出用】

【グループホーム等開設予定者用】

千葉県知事様

市町村の長

【受講希望者の所属する施設・事業所等の概要】

施設・事業所等所在地	
法人名	
施設・事業所等名及び代表者名	
連絡先の施設・事業所担当者名	
電話番号 (FAX番号)	()
Email アドレス	
開設予定年月日	年 月 日

千葉県認知症介護※(実践者・実践リーダー)研修の受講希望者を、次のとおり推薦します。※実践者・実践リーダーのいずれかに必ず○を付すこと。

フリガナ 氏名 (生年月日)	性別 ………… 年齢 歳	職 種	実践者 研修 修了 年度 ※1	身体介護に関する 資格等の有無 (有・無に○を 付す) ※2	身体介護 業務の 通算経験 年数	備考
()	男・女 ………… 歳		年度	有() 無	年	
	住所					

※1 実践リーダー研修を申し込む際は必ず記入してください。旧「痴呆介護実務者研修」(基礎課程)も含まれます。

※2 資格等有の場合は、()内に資格等の種類(介護福祉士、ホームヘルパー○級、○○研修修了等)を記載する。

開設予定者とは、グループホーム等の開設が具体的に進んでいる事業所を指します。したがって、単に将来的に開設を考えているような事業所は、具体的にになった段階での申込をお願いします。