

(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 (有・無に○を 付す) ※1、3	身体介護に關する資格等の有無 (有・無に○を 付す) ※2、3	身体介護 業務の通算 経験年数	備考
()	男・女 歳		有 (年度) 無	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）を記載してください。
- ※3 実践者研修未修了の方で、実践リーダー研修を申し込む際は、実践者研修修了年度の有無欄の「無」に○をし、様式1－6の実務経験確認書の記入、かつ、身体介護に関する資格の有無欄の「有」に○をし、介護福祉士登録証の写し（コピー）の添付をお願いします。