

(第1号様式)

様

千葉県認知症介護実践研修（実践者研修）受講申請書

研修回数	年度第 回		
ふりがな	生年月日		
氏名	☐ 昭和 年 月 日 歳 ☐ 平成		
保有資格	☐ 介護福祉士 ☐ 社会福祉士 ☐ 介護支援専門員 ☐ 訪問介護員 ☐ 保健師・看護師・准看護師 ☐ その他 () ☐ 保有資格無（基礎研修修了年月 年 月）		
職 種	☐ 介護職員 ☐ 看護職員 ☐ 生活相談員 ☐ 計画作成者 ☐ ケアマネージャー ☐ その他 ()	身体介護業務 通算経験年数	年
勤務先	法人名		
	施設・事業所名		
	所在地 (送付先)	〒 千葉県	
	電話番号	FAX番号	
連絡先	事務担当者名	電話番号	
	メールアドレス		
事業所の種類	☐ 介護老人福祉施設（特別養護老人ホーム） ☐ 介護老人保健施設 ☐ 介護医療院 ☐ 訪問介護 ☐ 訪問看護 ☐ 通所介護 ☐ 通所リハビリ ☐ 地域密着型（介護予防）サービス事業所（いずれかに○） （通所・認知症対応型通所・小多機・グループホーム・看多機・その他） ☐ その他 ()		
受講目的 (複数選択可)	☐ 地域密着型（介護予防）サービス事業所の計画作成者になるため ☐ 地域密着型（介護予防）サービス事業所を新規開設するため ※事業所の新規開設予定日 年 月 ☐ 認知症介護実践リーダー研修の受講を希望するため ☐ 認知症対応型サービス事業管理者研修の受講を希望するため ☐ 小規模多機能型サービス等計画作成担当者研修の受講を希望するため ☐ 認知症介護指導者養成研修の受講を希望するため ☐ 自分のスキルアップのため ☐ 上司に受けるように薦められたため ☐ 施設・事業所で加算を取得するため ☐ その他 ()		
上記の者を、千葉県認知症介護実践者研修の受講希望者として、申請します。			
施設・事業所長名 _____			