

認知症介護指導者フォローアップ研修受講申込書

写真貼

募集要項の趣旨を理解し、研修を受講したく、下記のとおり申込みます。

令和7年 月 日

フリガナ			性 別	男 女		
氏 名			生年月日(年齢)	昭和・平成 年 月 日(歳)		
職 場	法人種別		サービス種別			
	フリガナ		フリガナ			
	法 人 名		施設・事業所名			
	フリガナ					
	住 所	〒				
	電 話		F A X			
	E - m a i l					
連 絡 先 (職場以外)	フリガナ					
	住 所	〒				
	電 話		F A X			
	E - m a i l					
主な資格 (登録番号)			職 位 名	管理職	管理職以外	
1 医師()	9 介護福祉士()	組 織 運 営				
2 保健師()	10 言語聴覚士()	介 護 部 門				
3 助産師()	11 精神保健福祉士()	看 護 部 門				
4 看護師()	12 介護支援専門員()	リハビリ部門				
5 准看護師()	13 その他	相 談 員				
6 理学療法士()	[]	介護支援専門員				
7 作業療法士()		医 師				
8 社会福祉士()		そ の 他				
健康状況	良好 ・ 加療中(服薬中) ・ 加療中(経過観察中) *当てはまるものに○					
認知症介護指導者養成研修受講歴 平成 ・ 令和 年度 第 回 (第 期)修了生						
主な職歴 (サービス種別・職場名・職位名・期間を新しいものから書く)					総介護実務年数	
1					年	
2						
3						
講師として関与した認知症介護に関する研修名及び担当科目名						
開催年月	研修名		担当科目名			
研修受講希望理由			受講希望回(○を付ける)		宿泊希望	
			第1希望	第 1 ・ 2 回	有 無	
			第2希望	第 1 ・ 2 回		

個人情報の取り扱いについて

私は、「令和 7 年度認知症介護指導者フォローアップ研修受講者募集要項」の「11 個人情報の取り扱い」について、同意します。

令和 7 年 月 日 _____
(自筆に限る)