

北九州市長 様

申込者 氏

書類送付先住所:

法人名:

事業所名:

代表者名:

電話番号:

担当者名:

令和6年度 認知症介護実践リーダー研修受講申込書

※修了証書作成のため、氏名は楷書で、はっきりと記載してください。(「高」を「高」など略さないでください。)

フリガナ		生年	<input type="checkbox"/> 昭和	年	月	日
受講希望者氏名		月日	<input type="checkbox"/> 平成			
			<input type="checkbox"/> 西暦			
認知症介護実践者研修(旧基礎課程)				年	月	日
修了年月日						
職種 ※該当するもの全てに チェックしてください	<input type="checkbox"/> 介護職員	<input type="checkbox"/> 管理者	<input type="checkbox"/> サービス提供責任者			
	<input type="checkbox"/> 計画作成担当者	<input type="checkbox"/> 介護支援専門員	<input type="checkbox"/> 生活相談員・支援相談員			
	<input type="checkbox"/> 代表者	<input type="checkbox"/> その他()				
資格 ※該当するもの全てに チェックしてください	<input type="checkbox"/> 医師	<input type="checkbox"/> 看護師・准看護師	<input type="checkbox"/> 社会福祉士	<input type="checkbox"/> 介護福祉士		
	<input type="checkbox"/> 訪問介護員(ヘルパー 級)	<input type="checkbox"/> 介護支援専門員				
	<input type="checkbox"/> その他()	<input type="checkbox"/> 無し				
サービス種別	<input type="checkbox"/> 介護老人福祉施設	<input type="checkbox"/> 介護老人保健施設	<input type="checkbox"/> 介護医療院			
	<input type="checkbox"/> 訪問介護	<input type="checkbox"/> 訪問看護	<input type="checkbox"/> 通所介護	<input type="checkbox"/> 地域密着型通所介護	<input type="checkbox"/> 居宅介護支援	
	<input type="checkbox"/> 通所リハビリテーション	<input type="checkbox"/> 短期入所生活介護	<input type="checkbox"/> 短期入所療養介護			
	<input type="checkbox"/> 特定施設入居者生活介護	<input type="checkbox"/> 認知症対応型通所介護	<input type="checkbox"/> 認知症対応型共同生活介護			
	<input type="checkbox"/> 小規模多機能型居宅介護	<input type="checkbox"/> その他()				
介護保険施設・事業所 等従事年数	年	ヶ月	※基準日:令和6年10月1日			
			※介護保険施設・事業所等に所属し、従事した通算年数を記入			
			※裏面に従事履歴を記入(現事業所も含む)			

※認知症介護実践者研修(旧基礎課程)修了証書の写しを必ず添付してください。

上記に掲載された個人情報、本研修実施に関する目的以外での利用はいたしません。

裏面

受講希望者氏名 _____

介護保険施設・事業所等の従事履歴（現事業所等も含む）			
所属事業所 (所在区)	従事期間	通算期間	職務内容
()	年 月～ 年 月	年 ヶ月	
()	年 月～ 年 月	年 ヶ月	
()	年 月～ 年 月	年 ヶ月	
()	年 月～ 年 月	年 ヶ月	
()	年 月～ 年 月	年 ヶ月	
()	年 月～2024年9月	年 ヶ月	
介護保険施設・事業所等従事期間の合計 (※育休期間等、実務に従事していない期間は除いてください)		年 ヶ月	

認知症介護実践リーダー研修受講希望理由 <受講の優先度を考慮するため必ずご記入ください>

上記に掲載された個人情報は、本研修実施に関する目的以外での利用はいたしません。