|  |
| --- |
| 様式1 |

令和７年度広島市認知症介護実践リーダー研修受講申込書

（ホームページ用）

申込日　 令和 　年　 月 　日

広　島　市　長　　様

所 在 地

申込者 法 人 名

代表者名

|  |
| --- |
| 受講申込者について |
| （ふりがな）氏　　名 | （　　　　　　　　　　　　　　　） | 生年月日(年齢) | 昭和・平成 年 　月 　日(　　 　歳) |
| 主な資格（複数回答可） | □ 医師　　□ 保健師　　□ 助産師　　□ 看護師　　□ 准看護師　　□ 理学療法士□ 作業療法士　　□ 社会福祉士　　□ 精神保健福祉士　　□ 介護福祉士□ 精神保健福祉士　　□介護支援専門員　　□ その他（　　　　　　　　　　　　） |
| 職場での立場（複数回答可） | □ 管理者□ 計画作成担当者□ 介護従事者 | 職場での役職名 |  |
| 認知症介護実践者研修(認知症介護実務者研修基礎課程)修了年月日**※広島市外で研修修了した場合は、修了証書の写しを添付してください。** | 　年　　月　　日　 |
| 主な職歴(介護実務経験) | 現職を含めた認知症介護の実務経験（サービス種別・事業所名・職種名・期間を新しいものから順に記入） |
| 1 | 　 　年　 か月 |
| 2 | 　　 年 　か月 |
| 3 | 　　 年 　か月 |
| 4　その他事業所での経験年数の合計 | 　　 年 　か月 |
| 実務経験年数合計（令和７年１０月８日時点で記入） | 　　 年　 か月 |
| 所属事業所について |
| 所属事業所の種別 | □ 有料老人ホーム□ 居宅介護支援事業所□ その他（具体的に記入　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）※認知症対応型共同生活介護事業所、認知症対応型通所介護事業所、小規模多機能型居宅介護事業所、看護小規模多機能型居宅介護事業所、介護老人福祉施設、介護老人保健施設は対象外。 |
| 事業所名【連絡先】 | 【事業所名】 |
| 【連絡先】〒　 －　　広島市　 　　区 　 　　町　　　丁目　　 番　 　号TEL : 082 － － ／　 FAX : 082 － －Email :  |
| 研修申込みの担当者 | 【担当者名】　　　　　　　　　　　　　（職名　　　　　　　　　）【連絡先】 TEL　　　－　　　　－ |
| 今回研修の受講を希望する理由について |
| □ 現に管理者又は計画作成担当者である。□ 現に認知症介護実践リーダー研修修了者が在籍していない。□ その他（具体的かつ簡潔に記入） □ 特にない。 |

　次の者を受講者として申込みます。

空欄に記入し、該当する項目に☑印を付けてください。