|  |
| --- |
| 別紙様式 |

令和７年度第３回（広島市：第３回目）認知症介護実践者研修受講申込書

（ホームページ用）

広　島　市　長　　様　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　令和　　年　 月 　日

所 在 地

申込者 法 人 名

代表者名

次の者の受講を申し込みます。

|  |
| --- |
| 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 | 役職名 |  |
| 主な職歴 | 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 |
| 実務経験年数合計（令和７年９月１０日現在で記入） | 　　 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　　□ 通所介護□ 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、　 介護老人保健施設、介護老人福祉施設は対象外。 |
| 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　　　－　　　　－ |
| 申　込　理　由　等 |
| 【該当する項目を選択してください。】□ 近く管理者又は計画作成担当者に就任予定である。（配属予定事業所名：　　　　　　　　　　　　　）□ 職員の退職又は異動により、事業所に研修修了者が不在となる予定である。□ 現在予定はないが、今後の職員の異動や退職に備えるため。□ スキルアップ・職員育成のため。□ その他（具体的かつ簡潔に記入） （　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 確　認　欄 |
| 【以下について、御了承いただきましたら、**全てに**チェックを入れてください。】　 □ やむを得ない場合を除き、欠席、遅刻、早退は認めておりません。□ 書類を提出する際は、提出期限など講師の指示に従ってください。□ 職場のチーム全員で取り組む課題がありますので御協力をお願いします。□ やむを得ない場合を除き、受講料は返金いたしません。※　「広島市認知症介護実践者研修お申込みに当たってのお願い」を御確認ください。 |

空欄に記入し、該当する項目に☑印を付けてください。