

令和2年度認知症介護実践研修「実践者研修」受講申込書

*事業主体と、現在勤務している施設名の両方を記載してください。

事業主体（法人） 代表者名

印

[電話] [FAX]
連絡担当者氏名 /

施設・事業所 所在地 〒
名称

[電話] [FAX]

太枠内は必ず申込者本人が記入すること↓↓

ふりがな		生年 月日	昭和 平成	年	月	日	年齢	歳	性別	男 女
氏名							勤務日数	1週間のうち__日程度		
資格		役職		勤務 年数		年 月	介護経験 年 数		年 月	
研修の受講目的										
(該当するものに○印を付けてください。) <u>*本研修は認知症についての基礎的な知識を学ぶ研修ではありません。</u> 1 認知症介護の実践力を養うため 2 認知症対応型共同生活介護(グループホーム)を開設予定のため (☆) 3 小規模多機能型居宅介護を開設予定のため (☆) 4 認知症対応型デイサービスを開設予定のため (☆) 5 施設の管理者・計画作成担当者を変更するため (★) 6 上記以外の目的 () *具体的な受講目的を記入してください。										
(☆) <u>受講目的が2～4の方は、以下もすべて記入ください。</u> ア 開設の予定 年 月 日頃 イ 事業者指定申請の予定 年 月 日頃 ウ 施設の名称 _____ エ 開設予定地住所 _____ オ 予定役職 1 管理者 2 計画作成担当者 3 管理者兼計画作成担当者 4 その他 ()										
(★) <u>受講目的が5の方は、以下もすべて記入ください。</u> ア 変更時期 年 月 日頃 イ 変更役職 1 管理者 2 計画作成担当者 3 管理者兼計画作成担当者 ウ 前任者の役職・氏名 _____ エ 変更の理由 _____										
*受講希望回 (希望する回にレ印を) <input type="checkbox"/> 第1回 <input type="checkbox"/> 第2回 <input type="checkbox"/> 第3回 <input type="checkbox"/> 第4回										
職場実習 実施施設の名称 () (注) 変更する場合は、必ず連絡してください。										

◆施設・事業所の上記記入欄

受講申込者を推薦した理由

今回の受講申込者と同じ所属に実践リーダー研修(専門課程)の修了者がいますか。(該当するものにレ印を)
いる (名) いない その他 ()

◆実践者研修申込者本人 記入用

この研修は認知症の基礎的知識を習得している方を対象とした研修です。

○認知症の基礎的な知識について、どのように学んできましたか？

(認知症介護研修受講歴について、該当するものにレ印を入れてください)

認知症介護基礎研修 (年度 令和2年度受講見込)

認知症はじめの一步研修 (平成 年度)

その他研修等 ()

(研修で学んだこと)

○認知症介護の現場において、今困っていることは何ですか？職場で話し合っ
て記入してください。

○この研修でどのようなことを学び、身に付けたいと考えていますか？具体的に記入してください。