

令和2年度認知症介護実践研修「実践リーダー研修」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]

◆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											
住所	〒										
資格		役職名		介護経験 年数	年 月（うち認知症介護 年 月）						
「実践リーダー研修」の受講目的と研修課題（簡潔に）											
受講目的											
研修課題											
認知症介護の経歴						認知症介護に関する研修の受講歴					
(専門施設（棟）での介護経験を記入してください)						(該当するものにレ印をつけてください。)					
						<input type="checkbox"/> 実践者研修 年度（ ）修了証（ ） <input type="checkbox"/> 旧基礎課程 年度（ ）修了証（ ） <input type="checkbox"/> 処遇技術研修 年度（ ）修了証（ ）					
						※必ず修了証コピーを添付してください。 修了証が添付できない場合は受講年度、修了証NOを必ず記入してください。					
主 な 職 歴						主 な 資 格					
(勤務年数も記入すること)						(取得年も記入すること)					
添付書類チェック											
<input type="checkbox"/> 受講申込書（本紙） <input type="checkbox"/> 施設・事業所上司記入用紙 <input type="checkbox"/> レポート（組織図含む） <input type="checkbox"/> 実践者研修等修了証（なければ修了証No）											
備考											

施設・事業所の上司記入用紙

1 貴施設・事業所での認知症介護における人材育成の課題は何ですか？また、その課題の解決策の実現に向けてこれまで職場全体で取り組んできたことや、今後の取組計画を具体的にご記入ください。

2 本研修の修了者は、実践リーダーとして、介護現場の中で他の職員を指導・支援し、チームケアのための調整を行うことにより、認知症介護の質の向上を推進する重要な役割を担います。その実現のためには、全職員の理解と十分なサポートが必要不可欠です。

貴施設・事業所において、受講者に対してどのような支援（体制）や取り組みを行っていく計画ですか？具体的にご記入ください。

記入者 役職 _____

氏名 _____

受講申込書記入要領

- 1 年齢・介護経験年数欄
 - ・令和2年4月1日現在で記入してください。
- 2 「実践リーダー研修」の受講目的と研修課題欄
 - ・この研修を受講する目的を具体的に記入してください。
 - ・今回の研修でテーマにしたい内容を具体的に記入してください。
- 3 認知症介護の経歴欄
 - ・認知症高齢者介護経験とその年数を記入してください。
- 4 認知症介護に関する研修の受講歴欄
 - ・主なものを記入してください。
- 5 主な職歴欄
 - ・勤務年数も記入してください。
- 6 主な資格欄
 - ・主な保有資格と取得年を記入してください。

※FAXでの受付はできません。必ず郵送又は持参でお申し込みください。