

年 月 日

法人所在地

〒

法人名

代表者名

公印

所属施設・事業所	事業所名		事業所所在地	〒
	電話番号 FAX 番号	( ) ( )	施設又は介護 サービス種類	
	研修申込 担当者		電話番号 (緊急連絡)	( )
	指定認知症対応型共同生活介護事業所（グループホーム）に おける短期利用者の受入れの有無（予定も含む）			有・無 ※いずれかに○

※申込者多数の場合は選考の参考とするので、特記事項がある場合は記入してください。

その他、配慮等が必要な事項など、何かありましたら記入ください。

<優先順位 第\_\_\_\_\_位

受講希望者の状況	ふりがな					認知症介護実務経験(令和5年11月1日現在) ※ 経験期間の合計を記入してください  (合計年数) _____ 年 _____ ヶ月
	氏名					
	生年月日	_____年 _____月 _____日	性別	男・女	職種	
	※和暦で記入				保有資格	

※必ず、「実践者研修」修了証の写しを添付してください。

※受講希望者が複数の場合は、希望者ごとに申込書を作成し、優先順位欄に順位を記入してください。

**事前課題** ※必須（提出が期日までに無い場合は、受講受付できません）

事前課題のテーマ

「リーダー(指導的立場)として感じる、職場の認知症ケアにおける人材育成での、課題や悩み」

- ・事前課題は、受講者本人が必ず、記入すること。(200~300字)
  - ・パソコン(ワード)で作成し、メール添付にて、事務局へ提出すること。
- ※本文に所属法人、事業所名、受講希望者名を必ず記載すること。

提出先メールアドレス

masanori\_aikyo@shizuoka-wel.jp (担当：相京)