様式　１

**令和７度認知症介護実践リーダー研修受講申込書**

社会福祉法人群馬県社会福祉事業団

研修指導センター　所長　様

法人名

施設（事業所）名

施設（事業所）長名

認知症介護実践リーダー研修の受講について次のとおり申込みます

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 項目 | 内　　　　　容 | | | | | | | | | |
| 受講  希望回 | 第1回　　　　　　　　　　　　　第2回  (一部オンライン)  ※必ず申込期間を確認の上、受講を希望する回に○をつけてください。 | | | | | | | | | |
| 受講者 | （ふりがな） | |  | | | | | 性別(任意) | 生年  月日 | 昭和・平成  　年　　月　　日 |
| 氏　　名 | |  | | | | |  |
| 実践者研修  修　了　日 | | 平成  令和　　年　　月　　日 | | | | | 修了証書  番　　号 | 群馬県　・　県外  第　　　　　　　号 | |
| **注）実践者研修の修了者は修了証書の写しを添付してください。** | | | | | | | | | |
| 介護現場職歴　（新しい順） | 期　間 | | | 施設・事業所名 | | | | | 職務内容 |
| 年　　月～  現在 | | |  | | | | |  |
| 年　　月～  年　　月 | | |  | | | | |  |
| 年　　月～  年　　月 | | |  | | | | |  |
| 年　　月～  年　　月 | | |  | | | | |  |
| 年　　月～  年　　月 | | |  | | | | |  |
| 介護の実務経験年数 | | | | | | 年　　　　　ヶ月 | | | |
| 現在の職種 | | | □介護職　　□看護職　　□介護支援専門員　　□計画作成担当者  □管理者　　□相談職　 □その他（　　　　　　　　　　） | | | | | | |
| 保有資格 | | | □介護福祉士　　□介護支援専門員　　□社会福祉主事　　□看護師  □介護職員初任者研修　　□その他（　　　　　　　　　　　　） | | | | | | |
| 勤務先以外の緊急時連絡先 | | | | | 携帯　・　自宅  電話： | | | | |

※申込書が２枚になっています。１枚目と２枚目を両面印刷し提出してください。

**※申込期間以外の申込や必要事項に不備がある場合には受理できません。**

（表面）

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 事業所 | 種　別 | □特養　　□老健　　□ＧＨ　　□小規模多機能型　　□看護小規模多機能型　□訪問介護　 □認知症デイ　 □デイサービス　 □通所リハ 　□居宅介護支援　□病院　　□有料老人ホーム　□その他（　　　　　　　　　　　　　　　） | | |
| 現在勤務  している  事業所名 |  | | |
| 所在地 | 〒 | | |
| 連絡先 | 電話：  FAX： | 申込み  担当者 |  |
| 異動先  事業所名  **※** |  | | |
| 連絡先  **※** | 電話：  FAX： | 申込み  担当者 | **※** |
| 受講  理由等 | □新規に認知症対応型共同生活介護の短期利用サービス事業を開始するため。  　（就任予定：令和　　　　年　　　　月）  □すでに短期利用サービスは開始しているが、リーダー研修修了者の変更をする必要があるため。  　（変更予定：令和　　　　年　　　　月）  □その他（下記に該当するものがありましたら、チェックしてください（複数回答可）  　□認知症介護指導者養成研修を受講予定（または検討している）  　□受講者自身のスキルアップのため  　□施設のケアチームのリーダーになるため  　□上記以外  　　（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | | |
| 備考 |  | | | |

※　実践リーダー研修の申込み等について問い合わせをする場合があります。その際、問い合わせ先を異動先に希望する場合は、異動先事業所の事業所名、連絡先、担当者の氏名を記入してください。

※　申し込み時に記入していただいた個人情報は、各研修以外では使用しません。

（裏面）