

令和7年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	
	氏名			昭和・平成 年月日	
	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			
		介護の実務経験年数		年 月	
現在の職種	<input type="checkbox"/> 介護職 <input type="checkbox"/> 看護職 <input type="checkbox"/> 介護支援専門員 <input type="checkbox"/> 計画作成担当者 <input type="checkbox"/> 管理者 <input type="checkbox"/> 相談職 <input type="checkbox"/> その他 ()				
保有資格	<input type="checkbox"/> 介護福祉士 <input type="checkbox"/> 介護支援専門員 <input type="checkbox"/> 社会福祉主事 <input type="checkbox"/> 看護師 <input type="checkbox"/> 介護職員初任者研修 <input type="checkbox"/> 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。

