別紙

令和６年度 香川県認知症介護実践研修（実践リーダー研修）受講申込書

年　　　月　　　日

社会福祉法人 守 里 会

理事長　松 木 孝 和　様

法人・事業者名

代表者職・氏名

郵便番号

法人・事業者住所

事務担当者名

電話番号

FAX番号

令和６年度 香川県認知症介護実践研修（実践リーダー研修）に次の者の受講を申し込みます。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 受 講 者  氏　　名 | ふりがな | | | 性 別 | | 生年  月日 | | | 年　　月　　日 |
|  | | | 男 ・ 女 | |
| 勤 務 先  施設･事業所名 |  | | | | | | | | |
| 勤 務 先  所 在 地 | （〒　　　－ 　　　）　　　　　　（℡　　　 　－　　 　－　　 　　） | | | | | | | | |
| オンライン研修  登録メールアドレス |  | | | | | | | | |
| 現職経験 | 職　種 |  | | | 役職名 | |  | | |
| 経験年数 | 年　　　月  （　　　　年　　　月） | | | 採　用  年月日 | | 年　　 月　　 日 | | |
| 実践者研修等の  修了の状況 | 研修名：  修了証書番号：　第　　　　　　号 | | | | 資　格 | |  | | |
| 実務経験日数 | | | 介護福祉士資格取得後の実務経験年数　　　年　　月  　　　　　　　　　　　実務従事日数　　　　　　日 | | | | | | |
| 施設・事業所における認知症介護実践研修（実践リーダー研修）  修了者（旧痴呆介護研修の専門課程修了者を含む）の在籍数 | | | | | | | | 人 | |
| 受講申込理由  （受講者本人が  記入すること。） |  | | | | | | | | |

（注）１　受講申込みは、１施設１名とします。記入漏れのないようにご記入ください。

　　　２　生年月日は、和暦でご記入ください。

　　　３「経験年数」欄は、上段に現職場での経験年数を、下段の（　）内にこれまでの経験年数の合計を記入してください。「実践者研修等の修了の状況」欄は、研修名及び修了証番号を記入し、修了証書のコピーを添付してください。「資格」欄は、介護支援専門員、介護福祉士等の有する資格を記入してください。

　　　４　「３　研修対象者」の但し書きに該当する方は、介護福祉士資格取得後の実務経験年数及び業務従事日数をご記入の上、介護福祉士資格証のコピーを添付してください。

　　　５　受講申込書の記載内容に虚偽があった場合は修了を認めない又は取り消すことがあります。

６　受講申込書に記載された事項につきましては、本研修実施に関する業務以外に使用しません。