

一般社団法人 千葉県高齢者福祉施設協会
認知症介護実践研修受講申請書

平成 年 月 日

一般社団法人 千葉県高齢者福祉施設協会会長様

【施設所在地】

【種別】 (養護・特養・軽費) 老人ホーム・デイ
いずれかに○を付すこと

【施設名】

【施設長名】 印

【電話番号】

【FAX 番号】

【施設としての認知症介護実践研修の申込み状況等】

研修区分	申込み状況	受講状況※	受講者数 (累計)
実践者	有 (年度)・無	有 (年度)・無	人
実践リーダー	有 (年度)・無	有 (年度)・無	人

※受講状況は16年度まで実施していた痴呆介護実務者研修基礎課程、専門課程の受講状況を合算して記入すること。

認知症介護実践研修 (実践者研修) の受講希望者を次のとおり推薦します。

(フリガナ) 氏 名 (生年月日)	性 別 年齢(歳)	職 種	身体介護に関する 資格等の有無 (有無に○を付す)※1	身体介護業務の 通算経験年数 ※2	備 考
S H (年 月 日生)	男 女 歳		有 () 無	年	
	住 所				

※1 資格等が有の場合は、()内に資格の種類(介護福祉士・ホームヘルパー○級・○○研修受講等)を記載する。

※2 経験年数は、当該年度の4月1日現在とし、1年未満は切り捨てとする。