



平成 29 年度 愛媛県認知症介護基礎研修(2期)受講申込書

平成 年 月 日

フリガナ		性別	男・女	生年月日	昭和・平成 年 月 日
受講希望者氏名					
※受講希望者氏名と生年月日は修了証書に記載しますので、正確にお書き下さい。					
所属する施設・事業所について	勤務先			従事期間	
				年 月 日～現在(年 ヶ月)	
	勤務先住所				
	〒				
サービスの種類	1. 介護老人福祉施設 2. 介護老人保健施設 3. 介護療養型医療施設 4. 小規模多機能型居宅介護 5. 訪問介護 6. 通所介護 7. 認知症対応型通所介護 8. 認知症対応型共同生活介護 9. 特定施設入居者生活介護 10. 訪問看護 11. 通所リハビリテーション 12. 短期入所生活介護 13. 短期入所療養介護 14. その他()				
職種・役職	1. 管理者・施設長 2. 主任・リーダー 3. 副主任・副リーダー 4. サービス提供責任者 5. 計画作成担当者 6. 介護支援専門員 7. 介護職員・ケアワーカー 8. 看護職 9. ソーシャルワーカー 10. その他()				
介護職経験年数(通算)	1. 6ヶ月未満 2. 6ヶ月～1年未満 3. 1～2年未満 4. 2～5年未満 5. 5～10年未満 6. 10年以上				
保有資格(該当するもの全てに○をつけてください。)	1. 介護福祉士 2. 訪問介護 3. ホームヘルパー 4. 介護支援専門員 5. 介護職員初任者研修 6. 医師 7. 看護師 8. 准看護師 9. 保健師 10. 社会福祉士 11. 理学療法士 12. 作業療法士 13. 言語聴覚士 14. 精神保健福祉士 15. その他() 16. 保有資格無			実践者研修の受講歴	有・無
基礎研修テキスト(必須)○をつけてください。	() 注文します。1冊1,080円 () 注文しません※基礎研修テキストがある場合等は、注文の必要なし。				

● 事務連絡先(受講票等送付先) ●

事業所名	
事業所所在地	〒
連絡先 TEL	
連絡先 FAX	
連絡担当者氏名	

※本申込書は郵送にてお送り下さい。