



平成 29 年度 愛媛県認知症介護基礎研修(1 期)受講申込書

平成 29 年 6 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。