**基**

**平成28年度　愛媛県認知症介護基礎研修受講申込書**

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.介護支援専門員　　3.医師　　4.看護師　　5.准看護師　　 6.保健師　　7.社会福祉士　　8.理学療法士　　9.作業療法士　　10.言語聴覚士　　11.精神保健福祉士12.その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | 実践者研修の受講歴 | 有・無 |

●　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。