



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。