

令和4年度認知症介護指導者養成研修受講申込書

フリガナ		生年 月日		年 齢	歳	性別	男・女
氏名							
自宅住所	〒			自 宅 電話番号			
職場名				事業コード	役職名		
職場所在地	〒			職場連絡先			
				電話番号			
				F A X			
主な職歴							
期間		事業所名		業務内容			
年	月	～	年	月			
年	月	～	年	月			
年	月	～	年	月			
年	月	～	年	月			
介護実務経験通算 年 月							
所有する介護・医療関係の資格 ※ <u>資格証の写しを添付。</u>							
介護支援専門員の資格の有無				有 ・ 無			
認知症介護実践リーダー研修又は旧痴呆介護実務者研修（専門課程）の修了証書の番号 ※ <u>修了証書の写しを添付。</u>							
研修受講希望理由							
受講希望期間	第1希望			第2希望			
	第 回			第 回			

「令和4年度認知症介護指導者養成研修受講申込書」の記入に当たって

- 1 「事業コード」欄には、受講希望者が従事する事業所について、次の表の該当する数字を記入して下さい。

事業種別	事業コード
介護老人福祉施設	1
地域密着型介護老人福祉施設	2
介護老人保健施設	3
認知症対応型共同生活介護	4
小規模多機能型居宅介護	5
認知症対応型通所介護	6
地域密着型介護老人福祉施設	7
地域包括支援センター	8

- 2 「主な職歴」欄については、直近時から4か所程度記入してください。
- 3 「介護実務経験通算」欄については、**令和4年1月末現在**にて記入してください。
- 4 「所有する介護・医療関係の資格」欄については、保有資格を記入のうえ、**資格証の写し**を添付してください。
- 5 「認知症介護実践リーダー研修又は旧痴呆介護実務者研修（専門課程）の修了証書の番号」欄には、修了証書の番号を記入のうえ、**修了証書の写し**を添付してください。
- 6 「研修受講希望理由」欄については、申し込んだ動機や、受講希望者が特に強調したい認知症介護に関する考え方等を簡潔に記入してください。