**（様式2）**

令和６年度 認知症介護実践研修・実践者研修（第１回）参加申込書

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 項　目 | | | 申　込　内　容 | | | | |
| 所　属 | 介護保険事業所番号 | | ※必ず記入してください。 | | | | |
| 住所 | | 〒 | | | | |
| 事業所名 | | ※法人・会社名から記入してください。 | | | | |
| 事業種別 | |  | | | | |
| 申込担当者名  連絡先 | | 担当者名 | | Tel | | Fax |
| 受講状況 | 事業所の介護従事者数 | | （　　　　　名） | | | |
| 「認知症介護実践研修・実践リーダー研修」修了者の在席状況 | | 在席しています（　　　　名）・　在席していません | | | |
| 「認知症介護実践研修・実践者研修（又は「痴呆介護実務者研修・基礎課程」）」修了者の在籍状況 | | 在席しています（　　　　名）・　在席していません | | | |
| 受講者 | ふりがな | |  | | | | |
| 氏名 | |  | | | | |
| 職名  (例：管理者) | |  | | | 資　格　名  (例：介護福祉士) |  |
| 生年月日 | | Ｓ・Ｈ　　　　　　年　　　　月　　　　日 | | | | |
| 採用年月日 | | Ｓ・Ｈ・Ｒ　　　　　年　　　　月　　　　日 | | | | |
| 経験年数 | | 年　　　　ヶ月（過去を含む経験年数） | | | | |
| 優先順位 | | ※同一事業所から複数名申込む場合は必ず記入しください。 | | | | |
| 緊急時の連絡先  （携帯電話等） | | ※研修日当日、Ｚｏｏｍ等に関するトラブルがあった際に使用します。  （Tel　　　　　　　　　　　　　　　　） | | | | |
| オンライン研修の  受講場所 | | ①　所属事業所　　②自宅　　③その他（　　　　　　　　　　　） | | | | |

上記のとおり申し込みます。

令和６年　　月　　日

　社会福祉法人石川県社会福祉協議会

　　　長寿生きがいセンター　所長　様

（事業者法人名及び代表者名）