別　紙

令和７年度 香川県認知症介護実践研修（実践者研修）

受 　講 　申 　込 　書

　　　年　　　月　　　日

社会福祉法人守里会

理事長　松木　孝和　様

法人・事業者名

代表者職・氏名

郵便番号

法人・事業者住所

事務担当者名

電話番号

FAX番号

令和７年度香川県認知症介護実践研修（実践者研修）を次の者に受講させたいので申込みます。

昭和

平成

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 受 講 者  氏　　名 | ふりがな | | | | | | | 生年月日 | | 年　　月　　日 |
|  | | | | | | |
| 性別 | | 男　・　女 |
| 勤　　務  施設等名 |  | | | | | | | | | 基礎研修受講：　　　　年度 |
| オンライン研修  登録メールアドレス | |  | | | | | | | | |
| 勤務施設等  種　　類 | □特別養護老人ホーム　　□介護老人保健施設　　□通所介護　　□グループホーム  □小規模多機能型居宅介護　　□その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | | | | | | | | |
| 勤 務 先  所 在 地 | （〒　　　－ 　　　）　　　　　　（℡　　　 　－　　 　－　　 　　） | | | | | | | | | |
| 現職経験 | 職　種 | | |  | | 役職名 | | |  | |
| 経験年数 | | | 年　　　月 | | 採　用  年月日 | | | 年　　月　　日 | |
| 資格の有無 | □介護支援専門員　□介護福祉士　□その他の資格（　　　　　　　　　　　　　　）  □介護現場経験年数２年以上（　　　　年　　　か月）※基礎研修修了必須 | | | | | | | | | |
| 勤務施設における認知症介護実践者研修修了者数  （旧痴呆介護研修の基礎課程修了者を含む） | | | | | 人 | | | | | |
| 受講希望  日　　程 | 第１希望 | | | | | | 第２希望 | | | |
| 第　　　回 | | | | | | 第　　　回 | | | |
| 受講希望理由  (受講者本人が記入すること) | | |  | | | | | | | |

※１　記入漏れのないようにご記入ください。生年月日は、和暦でご記入ください。

※２　基礎研修を受講されている方は、「基礎研修受講」欄にご記入をお願いします。

※３「現職経験」欄の「経験年数」欄には、申込日現在の現職場での経験年数を記入し、「介護現場経験年数２年以上」欄は、

現職経験年数も含めて、必ず記入 (必須) してください。

※４　認知症介護基礎研修修了証書または、免除理由の資格者証のコピーを添付してください。

※５　受講申込書の記載内容に虚偽があった場合は修了を認めない又は取り消すことがあります。

※６　受講申込書に記載された事項につきましては、本研修実施に関する業務以外には使用しません。