

(様式1-2)

千葉県認知症介護実践研修受講申請書

【介護保険施設・事業者等の長提出用】

【グループホーム等用】

市町村長 様

【事業所等所在地】 〒

【法人名】

【事業所名】

【事業所長名】

【連絡先の施設・事業所担当者名】

【開設年月】 年 月

【電話番号】 【FAX 番号】

【Email アドレス】

千葉県認知症介護※（実践者・実践リーダー）研修の受講希望者を、次のとおり推薦します。  
※実践者・実践リーダーのいずれかに必ず○を付すこと。

フリガナ 氏名 (生年月日)	性別 ………… 年齢 歳	職 種	実践者研修 修了年度 (有・無に○を 付す) ※1、3	身体介護に關する 資格等の有無 (有・無に○を 付す) ※2、3	身体介護 業務の通算 経験年数	備考
( )	男・女 ………… 歳		有 ( 年度) 無	有 ( ) 無	年	
	住所					

- ※1 実践リーダー研修を申し込む際は必ず記入してください。旧「痴呆介護実務者研修」(基礎課程)も含まれます。
- ※2 資格等有の場合は、( )内に資格等の種類(介護福祉士、ホームヘルパー○級、○○研修修了等)を記載してください。
- ※3 実践者研修未修了の方で、実践リーダー研修を申し込む際は、実践者研修修了年度の有無欄の「無」に○をし、様式1-6の実務経験確認書の記入、かつ、身体介護に關する資格の有無欄の「有」に○をし、介護福祉士登録証の写し(コピー)の添付をお願いします。