

## 認知症介護指導者フォローアップ研修受講申込書

写真貼

募集要項の趣旨を理解し、研修を受講したく、下記のとおり申込みます。

令和8年 月 日

フリガナ			性 別	男 女	
氏 名			生年月日(年齢)	昭和・平成 年 月 日( 歳)	
職 場	法人種別		サービス種別		
	フリガナ		フリガナ		
	法人名		施設・事業所名		
	フリガナ				
	住 所	〒			
	電 話		F A X		
E - m a i l					
連 絡 先 (職場以外)	フリガナ				
	住 所	〒			
	電 話		F A X		
	E - m a i l				
主な資格 (登録番号)			職 位 名	管理職	管理職以外
1 医師( )	9 介護福祉士( )		組 織 運 営		
2 保健師( )	10 言語聴覚士( )		介 護 部 門		
3 助産師( )	11 精神保健福祉士( )		看 護 部 門		
4 看護師( )	12 介護支援専門員( )		リハビリ部門		
5 准看護師( )	13 その他		相 談 員		
6 理学療法士( )	〔 〕		介護支援専門員		
7 作業療法士( )			医 師		
8 社会福祉士( )			そ の 他		
健康状況	良好 ・ 加療中( 服薬中 ) ・ 加療中( 経過観察中 ) *当てはまるものに○				
認知症介護指導者養成研修受講歴 平成 ・ 令和 年度 第 回 (第 期)修了生					
主な職歴 (サービス種別・職場名・職位名・期間を新しいものから書く)					総介護実務年数
1					年
2					
3					
講師として関与した認知症介護に関する研修名及び担当科目名					
開催年月	研修名		担当科目名		
研修受講希望理由			受講希望回(○を付ける)		宿泊希望
			第1希望	第1・2回	有 無
			第2希望	第1・2回	

個人情報の取り扱いについて

私は、「令和 8 年度認知症介護指導者フォローアップ研修受講者募集要項」の「11 個人情報の取り扱い」について、同意します。

令和 8 年 月 日 \_\_\_\_\_  
(自筆に限る)