社会福祉法人静岡県社会福祉協議会　 　（様式１）

令和４年度認知症介護実践研修（実践者研修）受講申込書　**【直接申込用】**

令和　４年　　月　　日

法人所在地

　〒　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　法人名

　　　代表者名　　　　　　　　　　　　　公印

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 所属施事業所等 | 事業所名※ |  | 事業所所在地 | 〒 |
| 電話番号  FAX番号 | （　　　）  　　　（　　　） | 施設又は介護サービス種類 |  |
| メール  アドレス |  | | |
| 本研修受講希望の理由 |  | | |
| 本研修申込みの事務担当者名 | | ＴＥＬ | | |

※　受講時の所属事業所を偽りなく記載してください。

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 受講希望者① | ふりがな |  | 受講希望会場 | 第１希望 | | 第２希望 | |
| 氏名 |  | 会場 | | 会場 | |
| 生年月日 | 昭和  平成　　　年　　　月　　　日 | 性別 | 男・女 | 職種 | |  |
| 認知症介護等業務経験年数 | 年　　　月  (申請日現在) | 資　　格 |  | センター方式について  ※該当に○ | | ①知っている  ②使用経験有り  ③知らない |
| 受講希望者② | ふりがな |  | 受講希望会場 | 第１希望 | | 第２希望 | |
| 氏名 |  | 会場 | | 会場 | |
| 生年月日 | 昭和  平成　　　年　　　月　　　日 | 性別 | 男・女 | 職種 | |  |
| 認知症介護等業務経験年数 | 年　　　月  (申請日現在) | 資格 |  | センター方式について  ※該当に○ | | ①知っている  ②使用経験有り  ③知らない |

**※　様式２(市町推薦)と重複して提出しないでください。**

※　選考の参考とするので「受講希望会場」欄は第２希望まで記入してください。

※　受講希望者が複数の場合は、推薦順位の高い方から記入してください。

※　認知症介護基礎研修を修了している場合、修了証書の写しを添付してください。