

令和 7年度 認知症介護実践者研修 受講申込書

有限会社 RAIMU 代表者様 推薦希望は市町(保険者)へ提出

施設・事業所の長を通じて申してください。

申込日	令和	年	月	日
-----	----	---	---	---

受講希望研修 (受講希望回数に○)	認知症介護実践者研修 ・()第1回長崎① ・()第2回佐世保 ・()第3回諫早 ・()第4回長崎②			
設置機関名(法人名) (社会福祉法人〇〇会等)		代表者名		
設置機関住所	〒			
事業所番号	4	2		
事業所種別 (いずれかを○で囲む)	・訪問介護 ・通所介護 ・認知共同 ・密着老福施設 ・小規模多 ・看護小規模 ・定期巡回 ・特養 ・老健 ・その他()			
事業所名		事業所 管理者名		
事業所住所	〒	TEL		
		FAX		
決定通知書 添付用 メールアドレス (ブロック体で正確に記入)	(ヨミガナ)			
受講希望者	(フリガナ)		【生年月日】	
			昭和	平成
受講希望者の現在の職種 (いずれかを○で囲む)	・生活相談員 ・介護職員 ・看護職員 ・訪問介護員 ・管理者 ・計画作成担当者 ・その他()			
今後勤務予定が 別にある場合	予定勤務先		予定職種	
認知症高齢者介護の経験年数				
施設名	職 種	勤務期間		年 数
		年 月 ~	年 月	年 ヶ月
		年 月 ~	年 月	年 ヶ月
		年 月 ~	年 月	年 ヶ月
		年 月 ~	年 月	年 ヶ月
		年 月 ~	年 月	年 ヶ月
		年 月 ~	年 月	年 ヶ月
※受講申込要件 介護保険施設・事業所等に従事する介護職員等であって概ね認知症介護の実務経験2年程度の者				(合計) 年 ヶ月
受講者メールアドレス (オンライン研修時使用)	(ヨミガナ)			
メールアドレス記入例	(ヨミガナ) アールエーアイエムユー ハイフン シーエーアールイー アットマーク エイチイーアールビー ドット オーシーエヌ ドット エヌイー ドット ジェーピー raimu-care@herb.ocn.ne.jp			

※受講決定通知は代表メールアドレスへ送付いたします。自施設実習が含まれている為、研修受講期間中の職場異動等がないようご配慮下さい。