別紙様式１

写真貼

認知症介護指導者フォローアップ研修受講申込書

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　　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 |  | FAX |  |
| E-mail |  |
| 連絡先（職場以外） | フリガナ |  |
| 住所 | 〒 |
| 電話 |  | FAX |  |
| E-mail |  |
| 主　な　資格（登録番号） | 職位名 | 管理職 | 管理職以外 |
| １　医師（　　　　　　　　　　　）２　保健師（　　　　　　 　　　）３　助産師（　　　　　　　　 　）４　看護師（　　　　　　　　　 ）５　准看護師（　　　　　　　 ）６　理学療法士（　　　　　　　）７　作業療法士（　　　　　　　）８　社会福祉士（　　　　　　　） | ９ 介護福祉士（　　　　　　　）10　言語聴覚士（　　　　　　　）11　精神保健福祉士（　　　　）12　介護支援専門員（　　　　）13　その他 | 組織経営 |  |  |
| 介護部門 |  |  |
| 看護部門 |  |  |
| リハビリ部門 |  |  |
| 相談員 |  |  |
| 介護支援専門員 |  |  |
| 医師 |  |  |
| 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　　　　　　　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　 （○をつける） | 第１希望 　第１回　・　第２回 | 第２希望第１回　・　第２回 |
| 集合研修の場合  | 宿泊希望 ：　　有 　・ 　無 | 駐車場希望 ：　有　 ・　 無 |

　　<次頁に続く>

個人情報の取り扱いについて

私は、「令和７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　 年　　月　　日

（自筆に限る）