

* 認知症介護実践研修 (実践者研修・実践リーダー研修) 修了者 フォローアップ研修 *

平成30年1月26日(金) 15時 必着 (FAX送信 不可)

ホームページから簡単に申込みいただけます。郵送の場合は本紙に記入後、指定の宛先へ送ってください。

研修申込書

認知症ケア専門士単位:全3日間で9単位
(1日でも3単位) 取得可能!!

研修名	【9】認知症ケアを行う介護職員のためのストレスケア ～認知症ケアの魅力を生かす～			
受講申込回	3回全て	第1回 2月9日(金)	第2回 2月11日(日)	第3回 2月23日(金)
右の内該当する箇所に○印を付ける				
ふりがな	生年月日		年齢	性別
氏名	昭和 平成	年 月 日	歳	男・女
法人名 (会社名)				
事業所名				
事業所住所	〒 -			
事業所連絡先	TEL		FAX	
勤務先事業所種別 ※いずれかに○印を付けてください				
①特別養護老人ホーム ②介護老人保健施設 ③グループホーム ④小規模多機能型生活介護事業所 ⑤認知症対応型デイサービス		⑥デイサービス ⑦居宅介護支援事業所 ⑧看護小規模型居宅介護事業所 ⑨特定施設(有料老人ホーム等) ⑩その他()		事業所種別番号
資格 ※いずれかに○印を付けてください				
①医師 ②看護師 ③社会福祉士 ④介護福祉士 ⑤介護員養成研修修了※ ⑥介護支援専門員 ⑦その他()				資格番号
※⑤介護員養成研修修了は訪問介護員養成研修1級及び2級課程・介護職員基礎研修・介護職員初任者研修・実務者研修の総称とします				⑦は左の()にも記入
受講要件 ※該当する修了した研修に○印を付け、必要事項を記載してください 実践リーダー研修修了者は実践リーダー研修のみ、実践者研修修了者は実践者研修のみをご記入ください				
平成	年度	第 回	研修名(該当するものを下から1つ選び番号を右に記入) ①認知症介護実践研修(実践リーダー研修) ③認知症介護実践研修(実践者研修) ②認知症(痴呆)介護実務者研修(専門課程) ④認知症(痴呆)介護実務者研修(基礎課程)	研修名番号
実施主体(該当するものを下から1つ選び番号を右に記入) ①兵庫県(総合リハ:神戸玉津) ②兵庫県(西播磨総合リハ) ③神戸市 ④兵庫県内の学校名等() ⑤その他の県・市等(県)				実施主体番号 ④⑤は左の()にも記入
情報交換会(研修当日15~16時)の参加確認 ※いずれかに○印を付けてください				
第1回(参加 ・ 不参加) 第2回(参加 ・ 不参加) 第3回(参加 ・ 不参加) ※いずれもできる限りご参加いただきますようご協力ください。				
認知症ケア専門士参加証の受講証明 ※いずれかに○印を付けてください				
必要 (必要を選ばれた方は、毎回参加証を用意させていただきます) ・ 不要				
あなたが介護現場で働く上で、具体的なエピソードや記憶に残っていることを記入してください				

* 申込書に記載された個人情報は、研修事業以外の目的には使用しません。当研修の参考にさせていただきます。

* 記載内容に虚偽があった場合、研修を受講できません。

* 記載漏れのないように留意し、申込んでください。